



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

UNAM IZTACALA

**“TALLER DE SENSIBILIZACIÓN Y MANEJO CONDUCTUAL PARA
MAESTROS DE ADOLESCENTES CON TDAH”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
HILDA NAGIELI ARTEAGA LÓPEZ**

Directora: Mtra. **Norma Contreras García**
Dictaminadores: Lic. **María de los Angeles Herrera Romero**
Lic. **María de Lourdes Jimenéz Rentería**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



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.

GRACIAS

A ti Dios, por tu gran amor por mí, por que me has permitido estar entre las personas correctas, mi familia, mis amigos, por todos los que están cerca de mí. Y por que siempre estás conmigo y no me abandonas.

A mis Padres: Agustín Arteaga Mendoza e Hilda López Alvarado, por el apoyo que me brindan todos los días, por su ejemplo y enseñanzas que me han hecho ser la que ahora soy y por confiar en mi y tenerme la paciencia que nadie mas tendría.

A mis Hermanas: Yadira, Sandra, Miriam y Carina, por su ayuda y ejemplo. Por sus consejos y su aliento en los momentos en que más los he necesitado y por estar ahí siempre que las necesito.

A mi Hermano: Edgar, por ser mi amigo y mi cómplice, por que cada día me enseñas algo nuevo y por que yo también quiero ser un ejemplo para ti.

A Isma, por que has estado conmigo en los momentos más importantes de mi vida, por que siempre eres tú en las buenas y en las malas, por que siempre tienes una solución, por que eres la persona mas fuerte que conozco y me has enseñado a serlo. Te quiero mucho.

*A Liliana, por que a pesar del tiempo y de los cambios, siempre estas ahí, para llorar, para regañarme, para reír y recordar, **por ser mi mejor amiga.***

A Gaby y Grace: Por que las dos son totalmente diferentes y pero igual de especiales para mi, por que la escuela fue muy divertida gracias a ustedes, por que me han visto crecer y equivocarme y siguen aquí.

A Norma Contreras García, por su apoyo y consejos, por su guía no solo par realización de este trabajo sino para mi vida. Muchas Gracias.

A María de Lourdes Jiménez Rentería y María de los Ángeles Herrera Romero, por sus consejos y asesoría, Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDA/H)	5
1.1 Antecedentes del TDA/H	6
1.2 Definición y características del TDA/H	9
1.3 Clasificación del TDA/H	13
1.4 Etiología del TDA/H	17
1.4.1 Causas de Origen Biológico	18
1.4.2 Causas de Origen Psicosocial	23
1.5 Problemas Asociados al TDA/H	25
1.6 Consecuencias del TDA/H	27
1.6.1 Ámbito Escolar	28
1.6.2 Ámbito Familiar	30
1.6.3 Ámbito Social	32
CAPÍTULO 2 Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del TDAH	34
2.1 Evaluación Médica del TDA/H	34
2.2 Evaluación Psicológica del TDA/H	37
2.3 Diagnóstico Diferencial del TDA/H	44
2.4 Intervención en el Tratamiento del TDA/H	50
2.4.1 Tratamiento Médico	51
2.4.2 Tratamiento Psicopedagógico	56
2.4.3 Tratamientos Alternativos del TDA/H	69
CAPÍTULO 3 El TDA/H en la Adolescencia	76
3.1 El Adolescente con TDA/H	77
3.1.1 Desarrollo Físico y Comportamental	78
3.1.2 Desarrollo Social y Emocional	80
3.1.3 Desarrollo Cognitivo	81
3.2 El Adolescente con TDA/H en el Aula Regular de Clases	82
3.3 El Papel del Docente con Adolescentes que Presentan TDA/H	85

CAPÍTULO 4 Propuesta de un taller de Sensibilización y Entrenamiento en Manejo Conductual para Maestros de Adolescentes con TDA/H	92
CONCLUSIONES	110
REFERENCIAS	115
ANEXOS	119

**TALLER DE SENSIBILIZACIÓN Y MANEJO CONDUCTUAL
PARA MAESTROS DE ADOLESCENTES CON TDAH**

RESUMEN

El Trastorno por déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H) es en la actualidad, un problema de salud pública y el trastorno de conducta que más se diagnostica en nuestro país y que afecta a quien lo padece en todos los ámbitos de su vida. A pesar de ser un trastorno tratable, la gran mayoría de las personas con TDA/H llegan a la adolescencia manteniendo síntomas que provocan dificultades y es en la escuela donde estos son más notables, los profesores tienen la oportunidad de ayudar a sus alumnos a desarrollarse de manera eficaz y tener éxito en su vida académica, sin embargo la falta de información al respecto y la poca sensibilidad de algunos hace que esto sea inverosímil. Es por esto que este trabajo busca ser un medio para proveer información sobre el tema. Así mismo se crea una propuesta de intervención para los maestros a través de un taller de sensibilización y entrenamiento para aquellos con alumnos adolescentes con TDA/H, con el fin de que se conviertan en una guía, apoyo y contribuyan al desarrollo integral del adolescente a través del conocimiento y aceptación de su rol.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la psicopatología infantil, existe un trastorno de gran importancia que afecta a la gran mayoría de los niños en edad escolar, aunque lo correcto sería mencionar que no solo afecta a aquellos que padecen el trastorno sino también a los padres, maestros y a las personas que tienen relación con ellos. Este es el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H) y se sabe que es el trastorno del 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 más de un millón y medio de niños y adolescentes en México padecen este trastorno, además de aquellos que no han sido diagnosticados y por ende no están en tratamiento (Asociación Mexicana por Déficit de Atención y Trastornos Asociados A.C., 2008).

En la actualidad se han hecho esfuerzos por llegar a una definición más precisa de este trastorno, como los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes contemplan razonamientos similares sobre el trastorno. Sin embargo Solloa (2006), sugiere que es necesario llevar a cabo investigaciones sistemáticas que ayuden a los padres, maestros y profesionales encargados del tratamiento de niños y adolescentes con TDA/H a tener una definición e información más completa de este trastorno.

Desde hace algunas décadas, un creciente interés ha revestido al tema del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H), en la actualidad este trastorno es el objetivo de una gran cantidad de investigaciones y estudios, así como generador de un elevado número de consultas para los profesionales como médicos, pediatras, psicólogos, maestros, etc. Sin embargo el TDA/H no es una temática nueva, ya que desde 1865 el médico alemán Heinrich Hoffman (en Soutullo, 2004) lo describió por primera vez, y al pasar de los años muchos investigadores estudiaron el TDA/H encontrando que este es un trastorno que estaba determinado por un patrón de síntomas que incluyen: la hiperactividad, la

impulsividad y la inatención, que es la triada sintomática básica, además de que a menudo se presenta asociado a otros problemas como son los conductuales, trastorno oposicionista desafiante, trastornos específicos de aprendizaje así como algunos problemas emocionales como depresión y ansiedad.

La mayoría de los síntomas que integran el síndrome se manifiestan por momentos en todos los niños en edad preescolar e iniciando la etapa escolar, en virtud de que las vías nerviosas se encuentran en proceso de maduración. La diferencia radica en que los síntomas son más severos y generalizados en aquellos con el trastorno; conforman un síndrome, es decir un conjunto de signos y síntomas que están presentes por años y no son reacciones temporales ante una situación estresante.

Las características del trastorno y los síntomas que se presentan en las personas que lo padecen varían en función de la edad y de la forma en que van creciendo, así como del entorno en el que viven. Desde la infancia los síntomas del TDA/H representan consecuencias negativas en todos los ambientes de la vida de los niños, en la casa, en sus relaciones sociales y en la escuela, donde se presentan la mayoría de las dificultades. Y si bien este trastorno es tratable, sigue ocasionando fallas para la mayoría de las personas afectadas en diferentes niveles de su vida y en distintas etapas de su desarrollo. En la adolescencia, las personas con TDA/H además de vivir con los síntomas del trastorno tienen que lidiar con los cambios y dificultades propias de la edad, y es común que tengan un gran riesgo de presentar fallas en la escuela que en ocasiones los lleva a tener problemas para mantener amistades, rebeldía, a sentirse irritables y tener rápidos cambios de humor, que hacen que desarrollen problemas en su autoestima, lo que repercute en problemas en cada uno de los ambientes de su vida.

A pesar de que comúnmente se habla de que los síntomas del TDA/H se atenúan o cambian en la adolescencia, actualmente se sabe que estos persisten y siguen siendo la causa principal de los problemas que el estudiante con TDA/H tiene en su vida escolar (Jarque, Miranda y Tarraga, 2007). Es usual que muchos

adolescentes con TDA/H puedan ser hábiles en primaria o en los primeros años de su vida escolar, sin embargo durante la adolescencia esto se complica, ya que entran en otro tipo de dinámica escolar, donde tienen más materias y diferentes profesores, más trabajos y tareas así como que se les exija que trabajen de forma independiente, cosa que se les puede complicar ya que a menudo necesitan de la ayuda y guía de alguien más, (Christ, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior y sabiendo de antemano que es en la escuela donde los alumnos tienen más dificultades y donde los profesores pueden detectar este trastorno, que el presente trabajo resalta la importancia de crear en los docentes la sensibilidad para entender y aceptar la problemática de algunos de sus estudiantes, creando conciencia en su rol como profesores de estos alumnos y la obligación que recae en ellos para guiarlos y apoyarlos en su desarrollo académico. Además de facilitar habilidades en el manejo conductual de sus alumnos para el efectivo desarrollo académico.

Por esto, el objetivo de esta tesina es realizar un análisis teórico del TDA/H partiendo de sus antecedentes históricos hasta el contexto actual. Tres capítulos teóricos que nos permitirán abordar el tema desde sus inicios hasta la actualidad y un cuarto capítulo que abarca una propuesta de intervención para profesores de alumnos adolescentes con TDA/H.

El capítulo 1 aborda los antecedentes históricos, la definición y las características del trastorno así como la etiología y la clasificación del TDA/H basado en el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) con el fin de brindar un amplio panorama para el conocimiento y comprensión del TDA/H.

Así mismo, en este capítulo se podrán revisar las consecuencias del trastorno en la vida de quien lo padece, en cada uno de los ámbitos de vida como son el ámbito familiar, el escolar y el social.

El capítulo 2 ofrece información concerniente a la evaluación, diagnóstico y programas de intervención para el tratamiento del TDA/H. Información vital para padres, maestros y profesionales que estén en contacto con niños y adolescentes con este trastorno, para conocer las formas de proceder desde cada una de las disciplinas en su evaluación y diagnóstico. Así como los tratamientos más eficaces, las ventajas y desventajas de la gran variedad de tipos de intervención en el tratamiento del TDA/H.

El capítulo tres plantea principalmente, el desarrollo del TDA/H en la adolescencia particularmente en el ámbito escolar y el papel que juega el docente con alumnos adolescentes con TDA/H.

El último capítulo presenta una propuesta de un taller de sensibilización y entrenamiento para maestros de adolescentes con TDA/H, que tiene el objetivo de sensibilizar a los profesores y facilitar el desarrollo de habilidades para el manejo de sus alumnos en clase, con el fin de que sean una guía y un soporte para los adolescentes con TDA/H.

Por último se presentan las conclusiones de este trabajo, donde podremos analizar la información planteada y se harán las consideraciones finales sobre la experiencia en el desarrollo de esta investigación.

CAPÍTULO 1

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON Y SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H)

Definir el TDA/H no es una tarea sencilla, profesionales de diferentes disciplinas lo han intentado, lográndolo con algunas limitantes, ya que muchas de estas definiciones contemplan conceptos diferentes dependiendo de la disciplina a la que el profesional pertenezca, así, algunas definiciones contemplan más la raíz biológica de este trastorno o existen aquellas que toman en cuenta factores ambientales y sociales para explicarlo y tratarlo. En base a esto, Gratch (2001) menciona que el hecho de que el TDA/H haya sido abordado y estudiado por tantas disciplinas originó que muchas hipótesis se sumaran para su explicación así como para su tratamiento y esto ha contribuido a que a lo largo del estudio de este trastorno existiera una gran cantidad de denominaciones.

En el pasado se referían a los niños con este trastorno como “niños inestables” o con defectos de control moral (Fernández-Jaén, 2006), posteriormente se adoptaron nombres como síndrome de daño cerebral, síndrome de comportamiento orgánico, síndrome de daño cerebral mínimo, desorden hiperquinético impulsivo, síndrome cerebro-asténico, disfunción cerebral mínima, hiperactividad, síndrome hiperquinético, síndrome de déficit de atención y síndrome del niño hiperactivo, (Dykman, 2005).

En la actualidad se han hecho esfuerzos por llegar a una definición más precisa de este trastorno, como los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes contemplan razonamientos similares sobre el trastorno. Sin embargo Solloa (2006) sugiere que es necesario llevar a cabo investigaciones sistemáticas que ayuden a los padres, maestro y profesionales encargados del tratamiento de niños y adolescentes con TDA/H a tener una definición más completa de este síndrome. En este capítulo se hará una revisión de los antecedentes así como las

definiciones que se han propuesto para este trastorno y las consecuencias que se derivan en la vida de quien lo padece para su mayor entendimiento.

1.1 Antecedentes del TDA/H

Desde hace algunas décadas se ha manifestado un creciente interés sobre el tema del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H), en la actualidad este trastorno es el objetivo de una gran cantidad de investigaciones y estudios, y generador de un elevado número de consultas para profesionales como médicos, pediatras, psicólogos, maestros, entre otros. Sin embargo el TDA/H no es una temática nueva, ya que desde 1854 el médico alemán Heinrich Hoffman (en Soutullo, 2004) lo describió por primera vez, y al pasar de los años muchos investigadores estudiaron el TDA/H encontrando que éste, es un trastorno que estaba determinado por un patrón de síntomas que incluyen: la hiperactividad, la impulsividad y la inatención.

En 1887, DM. Bounerville describe en unos niños que presentan un retraso ligero, una inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema. Para 1901 es Demoor quien describe la inestabilidad del niño y observa un desequilibrio de afectividad. Niños que comportamentalmente eran muy lábiles que precisan moverse constantemente con una marcada dificultad atencional, (citados en Ajurriaguerra, 1996).

Lo que hoy en día conocemos como TDA/H anteriormente fue descrito por Still en 1902 (en Soutullo, 2004) como un “defecto de control moral” el cual aparecía en los niños y se manifestaba por que estos presentaban problemas de conducta y dificultades académicas.

Sin embargo en 1918 una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos permitió que se observara una sintomatología muy similar en sujetos que habían padecido esta enfermedad, ya que los niños mostraban los síntomas descritos por

Still como impulsividad e hiperactividad posterior a esto, en 1934 Khan y Cohen proponen el término “Síndrome de impulsividad orgánica”, para explicar una disfunción tronco encefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños (citados en Gratch, 2001).

Schilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros días en la cual, refiere la presencia de la hiperquinencia en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal, señalando la base orgánica de esta patología (en Fernández-Jaén, 2006).

En 1947 Strauss y Lethinen, plantearon que la hiperactividad resultaba de un daño cerebral manifiesto o supuesto y denominaron el trastorno como “síndrome de daño cerebral”. Y en 1957 Lauffer y Denhoff hicieron una descripción sistemática del síndrome hiperquinético al establecer la existencia de componentes fisiológicos. Sin embargo en 1966, gracias a las aportaciones de Clements se cambió el término de Daño cerebral, debido a que no se logró localizar un daño en el cerebro del niño y así se tomó el término de disfunción cerebral mínima, apoyando la posibilidad de un origen funcional, que integraría a niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumando a otros trastornos de aprendizaje y problemas motores leves (en Fernández-Jaén, 2006).

En 1968 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), distinguió por primera vez la “reacción hiperquinética de la niñez” como un desorden caracterizado por la sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, pero se planteaba que los síntomas generalmente desaparecerían en la adolescencia, (Gratch, 2001).

Virginia Douglas en 1972 señaló que las características esenciales de este síndrome eran la dificultad para mantener por un largo periodo la atención y para controlar los impulsos, ya que estos síntomas en el diagnóstico eran incluso más significativos que la hiperactividad, (en Gratch, 2001).

En 1980 el DSM III describió el TDA/H como un problema relacionado con la atención y la impulsividad y que el síntoma de hiperactividad podría no estar presente, en este también se denominó al trastorno como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En 1987 en el DSM III-R se considera que el trastorno puede ser unidimensional ya que en él pueden encontrarse los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en diferentes grados.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su manual diagnóstico CIE 10, postuló que la hiperactividad y la inatención son los síntomas centrales del trastorno, planteamiento que es muy similar al descrito en el DSM (OMS, 1994).

En 1993, gracias a investigaciones realizadas por Portal y Solloa con niños mexicanos se ha encontrado que este trastorno está formado por dos dimensiones, las mismas que plantea el DSM-IV (inatención e hiperactividad/impulsividad) y desde 1994 en el DSM-IV, el síndrome se llama TDA-H y hay tres tipos (combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo) (en Moreno, 1999).

En años recientes tanto la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de enfermedades mentales (CIE-10, OMS 1994) como la American Psychiatric Association (APA, 2002) en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR, han propuesto nuevos criterios para el diagnóstico del trastorno. Aunque existen algunas diferencias entre estos dos manuales, en ambos se requiere que el paciente presente síntomas persistentes de inatención, de hiperactividad y de impulsividad en más de un ambiente de la vida del niño. La CIE-10 lo toma como un síndrome más severo y menos frecuente mientras que el DSM-IV-TR lo define de una forma más amplia y se puede presentar en tres dimensiones: hiperactivo/impulsivo, inatento y combinado según los síntomas que presente así como el impacto de estos en la vida del niño.

1.2 Definición y características del TDA/H

Definir el Trastorno por Déficit de Atención no es un trabajo fácil ya que desde el inicio de su estudio hasta la fecha han habido más de 80 denominaciones para el mismo trastorno, esto, representa un problema tanto en el tratamiento así como una constante polémica para su diagnóstico, ya que como lo plantea la comunidad psiquiátrica europea al sostener que los niños con TDA/H no son especialmente diferentes de los niños que presentan otros problemas de conducta, sino que se considera que tienen el mismo desorden pero con diferentes grados de severidad. Debido a esto es usual que muchas veces se malinterprete una conducta y se diagnostique con TDAH cuando es otro el problema que padece el niño.

Aunque muchos autores coinciden que el TDA/H es un trastorno muy heterogéneo, muchos de ellos han intentado definirlo, como Barkley (1986 en Solloa, 2006) quien señaló que la hiperactividad es un trastorno en el desarrollo de atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo, no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desórdenes emocionales severos.

Hoy en día se han realizado múltiples cambios en la definición del TDA/H con el fin de que la evaluación, así como el diagnóstico de este trastorno sea de una forma adecuada y se proporcione un tratamiento efectivo que vaya de acuerdo con las necesidades y cumpla con las expectativas de las personas.

Soutullo (2004) define el TDA/H como un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inadecuado para la edad del niño, cuyos síntomas empiezan antes de los siete años produciendo un deterioro importante o afecta negativamente al niño o adolescente en al menos dos ambientes de su vida (en casa, en el colegio, con los amigos, etc.), ya que los síntomas por si solos no son suficientes, es necesario que estos tengan un impacto en la vida del niño y no sea por otra causa psiquiátrica, médica o tóxica.

Diversos estudios han dado a conocer que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es un problema de salud mental, el cual es notado frecuentemente en la infancia. Este trastorno es caracterizado por una escasa capacidad para prestar atención a una tarea concreta durante un periodo prolongado, suelen ser hiperactivos, inquietos, desorganizados, impulsivos y lentos para desarrollar habilidades sociales. A menudo se observan en este trastorno conductas oposicionistas y agresivas, (Vallejos, 2007).

En la actualidad, es bien sabido que el TDA/H es un trastorno de origen neurobiológico, caracterizado por la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Con respecto a esto, Fernández-Jaén (2006) señala que el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico, que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo.

La inatención, la impulsividad y la hiperactividad, son conocidos como la triada sintomática básica del TDA/H (Gratch, 2001), y debido a que estas características se ven reflejadas en diferentes comportamientos y problemáticas en el niño e interfieren en su proceso de aprendizaje, es fundamental analizar la forma en que estos afectan y como representan en su vida.

La atención, es un proceso psicológico que implica una amplia variedad de fenómenos cognitivos y conductuales. Debido a que implica distintos mecanismos dentro del proceso, la atención tiene un carácter multidimensional lo cual determina que un comportamiento inatento o la falta de atención involucran una amplia gama de conductas, como la falta de persistencia en actividades o trabajos en la casa o en la escuela. Así como la carencia de organización y orientación en la realización de una tarea relevante o aburrida para el niño pero que es necesaria, sobre todo en las clases. La falta de motivación y la falta de atención sostenida en una tarea o para mantener el estímulo durante un periodo de tiempo,

son conductas características de niños que presentan un comportamiento inatento, (Ruiz, 2004).

La inatención se manifiesta comúnmente en situaciones donde se requiere poner atención durante un periodo de tiempo prolongado, como en la realización de una tarea o en una clase, es usual que las personas que presentan falta de atención cambien de actividad continuamente sin haber terminado la anterior, también es común que se distraigan ante cualquier estímulo, incluso los que son realizados por ellos mismos. Barragán (2001) menciona que estas personas usualmente son descuidadas en su aspecto físico y en las tareas, con ropa sucia y se despeinan con facilidad, y debido a que son poco receptivos, las llamadas de atención son débiles para lograr un cambio en el síntoma. Sin embargo se ha demostrado que si la tarea o la actividad es altamente estimulante, como un juego o un programa de televisión, los niños con TDA/H pueden concentrarse igual que un niño sin esta afectación.

La impulsividad, es un síntoma de TDA/H que se caracteriza por una escasa regulación de las propias reacciones conductuales, parece que los niños actúan sin pensar, interrumpen la actividad de los demás, y no poseen un sentido del límite, según Ruiz (2004) es consecuencia de tres procesos fundamentales en la inhibición del comportamiento. El primero, es la incapacidad para controlar el impulso, después es que poseen una dificultad para detener una reacción iniciada y la tercera es la dificultad que enfrentan al planear sus acciones.

Por último, la hiperactividad, que puede o no presentarse, se refiere al exceso de movimientos, son los niños que no pueden permanecer sentados o quietos por unos cuantos minutos. Y puede manifestarse de diferentes maneras, como el realizar movimientos pequeños y casi imperceptibles así como movimientos con el pie o golpeteos en la mesa con los dedos y movimientos de coordinación gruesa, como son los movimientos persistentes sin un fin específico o que el niño se encuentre inquieto sin una razón en particular, al igual que la

verborrea, que se refiere a la locuacidad excesiva, rápida y con errores, (Ruiz, 2004).

Estas alteraciones atencionales, la impulsividad y la hiperactividad o la sobreactividad motora es la sintomatología básica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) el cual, es un trastorno del comportamiento infantil, de base genética, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño esta serie de síntomas. Se trata, de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y su ajuste social, (Cardo y Servera-Barceló, 2005).

En un intento por llegar a una definición que permita a un profesional llegar a un diagnóstico apropiado del TDA/H, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (versiones DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV), ha considerado que la patología básica que subyace es un trastorno de la atención. El DSM-III (1980 en Solloa, 2006) distinguía el déficit de la atención con y sin hiperactividad; en el DSM-III-R, el consenso clínico estableció que era una condición unitaria en la que ambos fenómenos podían ser observados, denominándosele trastorno por déficit de la atención/hiperactividad. En el DSM-IV-TR (2002) se han reconocido dos subtipos: el caracterizado predominantemente por la alteración de la atención, y el predominantemente hiperactivo e impulsivo. Además, se distinguen aquellos casos donde los dos componentes anteriores están presentes y a este grupo se le denomina mixto.

Ahora bien, la mayoría de los síntomas que integran el síndrome se manifiesta por momentos en todos los niños en edad preescolar e iniciando la etapa escolar, en virtud de que las vías nerviosas se encuentran en proceso de maduración. La diferencia radica en que los síntomas son más severos y generalizados en aquellos con el trastorno; conforman un síndrome, es decir un conjunto de signos y síntomas que están presentes por años y no son reacciones temporales ante una situación estresante.

El criterio diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), establece que cualquiera de los aspectos considerados por el manual deben estar presentes en el individuo con este problema seis o más de los síntomas de un déficit de la atención así como aquellos establecidos para la hiperactividad-impulsividad, al igual que haber persistido por lo menos durante seis meses, hasta el punto de generar una inadaptación y un nivel de desarrollo inadecuado.

1.3 Clasificación de TDA/H

Se han descrito tres subtipos de TDA/H según predominen las características en el comportamiento del niño. Si solo se observan alteraciones en la atención, se describe como primariamente inatento. Si la hiperactividad es dominante, como primariamente hiperactivo y si se encuentran los tres tipos de alteraciones (inatención, hiperactividad e impulsividad), entonces se define como subtipo mixto o combinado, (Ortiz, 2004).

Los tres subtipos de TDA/H dependen de la presencia o predominancia de uno de los síntomas descritos, lo cual resultan las siguientes posibilidades:

- Trastorno por Déficit de Atención con predominio de síntomas de Inatención.

Este subtipo se diagnostica cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.

Los criterios de inatención propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2002) son:

- No pone atención a los detalles y comete errores evidentes al momento de realizar tareas escolares, trabajos o actividades diarias.
- Tiene dificultades para mantener la atención en juegos o tareas asignadas en el hogar.
- No parece escuchar lo que se le dice

- No sigue correctamente las instrucciones, ni termina las tareas escolares, ni asume las obligaciones en casa a pesar de comprender las órdenes.
- Tiene dificultades para organizar actividades o tareas.
- Evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible (como realización de tareas o jugar a completar un rompecabezas)
- Pierde los objetos escolares o las cosas necesarias para las propias actividades (juguetes, libros).
- Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
- Se olvida de cosas importantes en actividades diarias.

➤ Trastorno por Déficit de Atención con predominio de síntomas de Hiperactividad

Diagnosticado cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

Los criterios de Hiperactividad-Impulsividad son (APA, 2002):

- Esta inquieto con las manos o los pies mientras se encuentra sentado.
- Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado (p.ej., a la hora de comer o cuando hay visitas).
- Corre o trepa en situaciones inapropiadas.
- Tiene dificultades al jugar o compartir sus juegos.
- Actúa como si estuviera “controlado por un motor con batería continua”
- Habla demasiado
- Contesta o actúa antes de que el interlocutor termine de formular las preguntas
- Tiene dificultades para esperar su turno
- Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

➤ Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, tipo combinado

Este es diagnosticado cuando se cumplen los criterios tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad.

La mayoría de los síntomas descritos en el Manual de Diagnóstico están presentes en todos los niños en cierto grado y en ciertos momentos particulares. Estas características son anormales cuando son excesivas en cuanto a su frecuencia, intensidad y duración. Las manifestaciones conductuales suelen producirse en múltiples contextos que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones. Y se ha propuesto que para su diagnóstico este trastorno se clasifique en: leve, cuando no causa alteraciones importantes en el desarrollo o no afecta la funcionalidad del individuo con respecto a su entorno. Moderada, cuando produce algunas alteraciones en el desarrollo y requiere supervisión. Y grave cuando los síntomas causan una alteración en el desarrollo, disfunción social o conductas persistentes e intensas que modifican la habilidad del niño para obtener funciones en su desarrollo psicosocial.

La disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad de tratamiento, ya que el rechazo de amigos, familiares y compañeros del aula, determina en gran medida el desarrollo de la personalidad, (Ruiz, 2004).

➤ Clasificación del TDA/H en la adolescencia

E. T Brown (en Solloa, 2006) menciona los tipos de TDA/H durante la adolescencia, los cuales son:

- TDA exteriorizado expresivo: Estos adolescentes se caracterizan por su hiperactividad física y verbal, por su impulsividad, un nivel bajo de

tolerancia a la frustración, conductas riesgosas y dificultad para terminar proyectos a largo plazo. Son temperamentales y expresan sus afectos de manera efusiva. Su personalidad es extrovertida.

- TDA Dirigido al interior: estos adolescentes se distraen principalmente con sus propios pensamientos, se tragan todos sus sentimientos e inhiben su conducta. No son tan inquietos como los anteriores. Sin embargo tienen la misma dificultad para completar tareas y proyectos, generalmente tienen bajo rendimiento académico y tienden a pasar más tiempo en actividades solitarias como ver la televisión o videojuegos. Su pasatiempo favorito es soñar despiertos, muchos de ellos muestran depresión y se culpan todo el tiempo.
- TDA Estructurado: Son adolescentes perfeccionistas y organizados pudiendo llegar a ser compulsivamente rígidos. Este perfeccionismo los lleva a perderse en los detalles de la tarea o actividad. Se les dificulta controlar su temperamento y retomar una tarea después de haberla interrumpido. Son rígidos y controladores por lo que para ellos no es fácil cooperar y trabajar en equipo. Con frecuencia les sucede que se quedan atorados al realizar una actividad por que otra llamó su atención y se embeben en la nueva tarea perdiendo de vista su objetivo final.

Las características del trastorno y los síntomas que se presentan en las personas que lo padecen varía en función de la edad y de la forma en que van creciendo, del entorno en el que viven. Con frecuencia, las personas que trabajan con adolescentes con TDA/H piensan que todos los problemas que enfrentan (como rebeldía, la flojera, la impulsividad, la irresponsabilidad e incluso la falta de respeto) están relacionados con este problema y no con el simple hecho de que el chico es un adolescente, cuando gran parte de estos síntomas son inherentes a la adolescencia.

Uno de los mitos que aún se manejan en nuestra sociedad en la actualidad, es el hecho de que si un joven no es exitoso en la escuela tampoco tendrá éxito en la vida. Al respecto Piffner (1996, en Solloa 2006), señala:

- El TDA/H no tiene nada que ver con la inteligencia
- El adolescente con TDA/H desea hacer las cosas bien
- Muchos adolescentes con TDA/H tienen dificultad con el aprendizaje académico formal pero pueden ser exitosos en otras áreas y de otras maneras
- Muchas personas con TDA/H tienen logros, éxitos y satisfacciones en la vida cuando tienen buena autoestima y creen en ellos mismos.

En ocasiones la adolescencia es vista con disgusto o incluso con terror, es tarea de los profesionistas que trabajan con estos jóvenes, aprender a ver esta etapa desde otro punto de vista y compartir con los adolescentes de manera gozosa la transición y el cambio, dejándolos experimentar para que aprendan de la vida por si mismos y no de los consejos o creencias que los adultos tratan de imponer.

1.4 Etiología del TDA/H

A pesar de que hace décadas que ha venido estudiando el origen del TDA/H y que numerosas investigaciones han sido desarrolladas con el fin de dar a conocer los factores que intervienen y dan origen a este trastorno, en nuestros días, las causas precisas no son conocidas aún.

En la actualidad existen varias hipótesis que explican la etiología de este trastorno, las cuales a pesar de haber sido estudiadas no tienen evidencia sustancial que pruebe su completa veracidad. Kirby y Grimley (1992) mencionan que diferentes corrientes explican su etiología tomando en cuenta diferentes factores así como perspectivas para la explicación del TDA/H. Por su parte Soutullo (2004) menciona que se cree que el TDA/H es originado como una respuesta a múltiples causas que se dan a la vez en el niño que lo desarrolla, esto permite pensar que una causa individual no explica el trastorno, sino que los

factores que intervienen se dan en uno o mas ambientes y momentos del desarrollo del niño.

A continuación se mencionan aquellas hipótesis que en la actualidad dan a conocer las causas que son más aceptadas así como los factores que han sido aprobados mas que como desencadenantes del trastorno, como factores que contribuyen a que este se manifieste y desarrolle de una u otra forma.

1.4.1 Causas de Origen Biológico

En la actualidad la teoría explicativa respecto de la etiología del Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, tiene su origen en una dificultad neurológica. Barkley (2005) menciona que investigaciones desde la llevada a cabo por Still (1902), han tomado en cuenta las disfunciones cerebrales así como los factores hereditarios como las dos causas potenciales del TDA/H.

Factores Neurológicos

Actualmente se apunta a que el TDA/H es un estado médico ya que produce distintas alteraciones en la atención, la actividad y el control de los impulsos en niños sanos. Ruiz (2004) menciona que su causa principal son las modificaciones neurobioquímicas que se presentan en la regulación y la circulación de ciertos neurotransmisores, específicamente la dopamina, en circuitos frontoestriados derechos y con receptores dopaminérgicos D4R4, en regiones corticales frontales derechas. Lo anterior provoca que el niño presente un bajo rendimiento académico, así como de socialización, ya que le es difícil tener éxito en la adaptación en diferentes ambientes y en las habilidades para relacionarse con los demás.

Investigadores han encontrado recientes similitudes entre los síntomas del TDA/H, con aquellos producidos por lesiones o heridas en los lóbulos frontales, generalmente y más específicamente en la corteza prefrontal. Ambos, niños y

adultos que han sufrido de una lesión en las regiones prefrontales muestran déficit en el sostenimiento de la atención, inhibición, regulación de la emoción y motivación así como en la capacidad de organizar su comportamiento, (Barkley, 2005).

Así mismo, Solloa (2006) manifiesta que un área de interés particular en las investigaciones actuales, es identificar estructuras o zonas cerebrales relacionadas con la sintomatología de este trastorno. Particularmente se ha estudiado el lóbulo frontal, basándose en la suposición de que una inhibición de este lóbulo puede ser responsable del TDA/H, ya que el lóbulo frontal, anterior y medial son asociados a las funciones que son inadecuadas en este trastorno. Debido a la efectividad de los estimulantes en el tratamiento de niños con TDA/H, varios investigadores sugieren que esto demuestra indirectamente un factor etiológico de este trastorno tomando en cuenta un funcionamiento inadecuado de catecolamina. Dado que los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDA/H actúan sobre varios neurotransmisores, se ha intentado identificar si existe una anomalía en el funcionamiento de un neurotransmisor sin afectar el otro, sin embargo se sabe que los estimulantes pueden actuar sobre las catecolamina, inhibiendo su recaptura o degradación, o bien, acrecentando su liberación o activando sus receptores. Todas estas acciones causan un incremento de dopamina o norepinefrina en el nivel sináptico; por lo tanto, si los estimulantes mejoran los síntomas del TDA/H y trabajan en los síntomas de catecolamina, se infiere que el TDA/H trabaja en las catecolaminas.

Factores Genéticos

No existen evidencias que demuestren que el TDA/H es el resultado de estructuras anormales de cromosomas, como es el caso del síndrome de Down, tampoco de transmutación o material cromosomal extra como el síndrome de XXY. Sin embargo la herencia, es por mucho una de las etiologías con mayor evidencia de originar el TDA/H.

Son múltiples los estudios que demuestran los factores genéticos involucrados en este trastorno y es que por años, los investigadores han notado los altos niveles de prevalencia de esta psicopatología en los padres y otros parientes de niños con TDA/H. Particularmente altos niveles de conductas problemáticas, abuso de sustancias y depresión, los cuales han sido observados repetidamente en los estudios, (Brederman, 1992; Paul, 1991 en Barkley, 2005)

Solloa (2006) sostiene que debido a que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en los varones, se pensó que la transmisión genética se llevaba a cabo por medio de un cromosoma sexual, sin embargo, Warren y colaboradores (1987 en Solloa, 2006) encontraron que no había anomalía en los cromosomas. En resumen, una fuerte evidencia de la existencia de un componente genético en la etiología del TDA/H es reconocida, aunque el mecanismo de transmisión aún es dudoso.

Otra línea de investigación que apunta al factor hereditario como etiología del TDA/H es el estudio con niños adoptados. Cantwell y Morrison (1975 en Barkley, 2005) estudiaron a los padres biológicos y a los padres adoptivos de niños con TDA/H, reportando mayores niveles de hiperactividad en los padres biológicos que en los padres adoptivos. Un estudio posterior mostró (Barkley, 1991 en Barkley, 2005) que en la mayoría de los casos, al menos uno de los padres que habían dado a su hijo en adopción, había sido juzgado como delincuente o adulto criminal, y los niños que fueron adoptados tuvieron un alto nivel de prevalencia del TDA/H.

Silver (2004) menciona que la incidencia de adopción entre niños y adolescentes con TDA/H es cinco veces superior a la de niños sin esta psicopatología, esto sugiere una fuerte posibilidad de que exista un factor hereditario implicado en la hiperactividad.

Una tercera evidencia de las causas genéticas, son los estudios con gemelos. Ya que se ha demostrado gran concordancia para síntomas de hiperactividad e inatención, dentro de gemelos monocigóticos comparados con

gemelos bicigóticos. Estudios como éste, sugiere Barkley (2005) que agregan apoyo sustancial a esas evidencias encontradas ya en la familia y en estudios de adopción para apoyar una fuerte base genética en el TDA/H y sus síntomas comportamentales.

Factores Pre, Peri y Postnatales

Soutullo (2004) menciona que casi todas las causas del TDA/H se producen durante el embarazo (prenatales) o entorno al nacimiento del niño (perinatales) y durante su infancia y niñez (postnatales).

Las causas prenatales se refieren a los acontecimientos o experiencias intrauterinas que pueden afectar el desarrollo del niño y de su salud. Algunos ejemplos de los factores que pueden tener un efecto perjudicial son la desnutrición, la falta de atención prenatal y la presencia de elementos metabólicos o tóxicos, infecciones o estrés, así como que la madre haya ingerido cierto tipo de píldoras anticonceptivas durante el embarazo, lo que puede ocasionar anomalías en el embarazo y en su desarrollo. Así mismo, éstos parecen tener una estrecha relación con la conducta hiperactiva, (Silver, 2004).

En cuanto a las causas que se pueden dar entorno al nacimiento del niño (perinatales), son factores tales como un parto prolongado, el uso de fórceps, la posición del bebé y la existencia de sufrimiento fetal, éstos podrían sugerir mayor probabilidad de TDA/H y de trastornos de aprendizaje posteriores.

Estudios demuestran que existe una relación entre estos con las posteriores dificultades académicas y la posterior hiperactividad y falta de atención, sin embargo Silver (2004) menciona que este patrón no es consistente y las relaciones entre éstas no son directas.

Las causas postnatales pueden ser enfermedades que se dan en los primeros meses de vida y en la infancia. Al igual que infecciones como la

encefalitis que puede causar alteraciones en el cerebro y provocar un TDA/H o trastornos de aprendizaje (Silver, 2004). Así mismo los traumatismos en los primeros años de vida pueden dar lugar a alteraciones estructurales y dificultades en el rendimiento escolar.

Toxinas ambientales

A parte de los anteriores eventos biológicos que intervienen en el desarrollo del TDA/H, hay otros que han sido repetidamente relacionados con éste por ser riesgosos para un comportamiento de inatención y de hiperactividad.

Uno de estos eventos, es la exposición a toxinas ambientales, principalmente de la contaminación con plomo. Recientes estudios muestran una correlación entre altos niveles de plomo en la sangre con los síntomas del TDA/H (Barkley, 2005). Sin embargo estudios realizados por Thomson (1989, en Fernández-Jaén, 2006) demuestran que los altos niveles de plomo en la sangre solo explican el 4% de niños con hiperactividad y niveles elevados de plomo. Esto sugiere que no siempre los niños expuestos a altos niveles de plomo desarrollan TDA/H o algunos de sus síntomas.

Silver (2004) menciona que la presencia de toxinas en la sangre y cerebro durante la vida uterina, durante los primeros meses de vida y a lo largo de la niñez puede provocar una disfunción o lesión cerebral. La toxina más estudiada es el plomo, el cual dependiendo de la cantidad, de la etapa de desarrollo en la que se observa su presencia y del tiempo durante el cual esta presente, el resultado puede ser un retraso mental, un TDA/H, trastornos de aprendizaje o formas mas leves de dificultades de aprendizaje.

Otros tipos de toxinas que han sido estudiadas y en las cuales se ha encontrado alguna relación con la inatención y la hiperactividad son la exposición

prenatal al alcohol y al humo del tabaco (Bennett, Wolin y Reiss, 1988; Streissguth, Bookstein, Sampon y Bart, 1995 en Barkley, 2005).

1.4.2 Causas de origen psicosocial

Aunque muchos han sido los factores ambientales, como las influencias psicosociales y familiares relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H), hasta la fecha ninguno (ni ninguna combinación de ellos) se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno (Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R., 2002), estos factores, determinan más un riesgo psicopatológico general que un riesgo concreto para determinadas patologías mentales. Dentro de estos factores de riesgo genérico, Biederman (1995 en Herreros y colaboradores, 2002) encuentran una asociación positiva entre el TDA/H y el índice de factores de adversidad de Rutter (discordias maritales severas, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y acogimiento no familiar del niño). Estos factores tienden a aparecer como predictores universales de adaptabilidad y salud psíquica, y en ciertos aspectos (delincuencia paterna, conflictos familiares, clase social baja) podrían ser más una expresión de la presencia parental del trastorno que su causa.

Los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados pre y postnatales, problemática familiar (incluidos consumos de alcohol y drogas) y violencia en el hogar favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y perpetuación.

Los estudios realizados sobre las familias de niños con TDA/H han determinado un estilo parental más intrusivo, controlador y desaprobador que en los controles sanos, (Hetchman, 1996 en Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena, M. y Peyres-Egea, C., 2002), dicho estilo parental negativo mejora ostensiblemente ante la eficacia de los psicoestimulantes, apuntando a que este estilo parental es

más una consecuencia que una causa del trastorno, es decir, una respuesta ante los síntomas del niño.

Así, la sintomatología del niño puede llevar a los padres a una desconfianza en su capacidad, generando en éstos estrés, aislamiento social, sentimientos de culpa y depresión. Ello repercutirá en el propio niño, en su desarrollo emocional y su autoestima, creándose un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDA/H, (Herrereros y colaboradores, 2002).

De hecho, en algunos estudios se refiere que la continuidad de las conductas hiperactivas a lo largo del desarrollo y, sobre todo, el mantenimiento de conductas oposicionistas, se relaciona en parte con el uso, por parte de los padres, de un exceso de órdenes y críticas, adoptando un estilo de manejo hipercontrolador e intrusivo, (Herrereros y colaboradores, 2002) y contribuyendo estos factores más bien a la aparición de trastornos comórbidos asociados al TDA/H que al propio TDA/H.

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDA/H. La severidad y expresión de los síntomas pueden verse afectados a través de la interacción con factores como la inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico .

Así mismo, Gratch (2001) enlista otros factores que en algún momento se tomaron como causantes de este trastorno como son el mirar la televisión, los videojuegos, el divorcio de los padres, el nacimiento de hermanitos, los conflictos familiares que si pueden aumentar la frecuencia e intensidad de los síntomas pero no ocasionarlo.

1.5 Problemas Asociados al TDA/H

El TDA/H es el trastorno comportamental más común en la niñez, en ocasiones es difícil su diagnóstico, debido a que existen diferentes trastornos comórbidos, con síntomas similares o problemas asociados que aumentan la frecuencia e intensidad de los síntomas en los niños y adolescentes con TDA/H. La existencia de este tipo de trastornos dificulta el diagnóstico diferencial y hace más complejo el tratamiento, diversos estudios realizados recientemente muestran que el trastorno comorbido más común, es el Trastorno Negativista Desafiante (TND), que puede afectar hasta el 60% de niños con TDA/H y un porcentaje menor (cerca del 20%) de estos niños puede desarrollar Trastorno Disocial, (Pliszka, 2006).

En cuanto a los trastornos de estado de ánimo y de ansiedad, las cifras de prevalencia no están tan bien definidas y son más variables, sin embargo, Pliszka (2006) menciona que cerca de un tercio de los niños con TDA/H puede desarrollar Trastorno de Ansiedad y la cifra para Trastornos Depresivos ha sido estimada en 10% a 30%.

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un trastorno del comportamiento, que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas en posición de autoridad. El TND tiene un diagnóstico meramente descriptivo, que implica que no tiene una etiología particular, el TND puede ser secundario al TDA/H, un niño con TDA/H puede ser tan impulsivo que reacciona con cólera o imprudencia a cualquier pedido de los adultos y a cualquier situación estresante. Es por eso que si un niño cumple con los criterios diagnósticos de ambos trastornos se tome el TDA/H como primario y el TND como trastorno comórbido, además que las conductas del TND se ven mejoradas con el tratamiento del TDA/H.

El Trastorno Disocial (TD) es un trastorno más severo, pues implica agresión y conducta antisocial, los niños con este tipo de trastorno tienen más

probabilidades de tener trastornos de aprendizaje, particularmente en el área de lenguaje. Tienen más probabilidades de desarrollar conductas delictivas y abuso de sustancias en la adolescencia. Al igual que el TND el tratamiento para el TDA/H puede mejorar las conductas del TD y prevenir el desarrollo de abuso de sustancias.

La prevalencia de trastornos depresivos en niños y adolescentes con TDA/H sugiere que cerca del 30% de niños con trastornos depresivos presentan también TDA/H, cuando un niño presenta estos dos trastornos, el clínico debe evaluar cual de los dos se presenta con mayor severidad para darle el tratamiento inicial.

Los trastornos de ansiedad también son problemas comórbidos del TDA/H, hasta un tercio de los niños con TDA/H puede también tener un trastorno comórbido de ansiedad, con bastante frecuencia, estos síntomas de ansiedad son de leve severidad y están relacionados al alto nivel de estrés que el niño experimenta debido a la disfunción en su vida, sin embargo si el TDA/H se trata y se tiene bajo control, estos síntomas de ansiedad se controlarán igualmente.

Cuando los niños sufren de ansiedad intensa, como fobias, síntomas obsesivo-compulsivo o altos niveles de ansiedad generalizada asociados a síntomas fisiológicos tales como taquicardia, tensión muscular o dificultad para dormir, es necesario el tratamiento para cada trastorno, aunque el tratamiento para el TDA/H puede mejorar los síntomas del trastorno de ansiedad al igual que la psicoterapia que es recomendada en estos casos.

Los niños, desde el nacimiento hasta los dos años, aproximadamente, van estableciendo un tipo de vínculo con la figura emocionalmente representativa para él. El apego sigue una secuencia en su desarrollo, sin embargo, no siempre esta secuencia consigue ser armónica, dándose situaciones que pueden alterarla. En este sentido, se ha hablado de apego seguro, apego evitante, apego resistente y apego desorganizado o desorientado, el cual se convierte en un problema comúnmente asociado al TDA/H.

Los niños con apego resistente así como los que presentan un apego desorganizado o desorientado, son sumamente sensibles a las separaciones y a situaciones de la vida cotidiana que les produce inseguridad. En estas circunstancias reaccionan con problemas conductuales inapropiados, entre ellos la hiperactividad, oposicionismo y ansiedad de separación. En estos casos, la hiperactividad está muy relacionada con las situaciones descritas, presentando una conducta adaptada en situaciones de seguridad.

Otro tipo de trastornos que estos niños pueden presentar son algunos trastornos físicos, Gratch (2001) menciona que algunos estudios comparativos observaron que los niños con TDA/H pueden ser más pequeños y más delgados que los niños de su edad sin este padecimiento. Además de ponerse en situaciones de riesgo por su impulsividad sufren de frecuentes caídas, golpes y todo tipo de accidentes. Y debido a que algunos de ellos suelen presentar incoordinación motora no son muy buenos deportistas por lo que sufren accidentes y fracturas, debido a su alto umbral de tolerancia al dolor.

Esta impulsividad se caracteriza por actuar antes de pensar, hace que no eviten obstáculos y situaciones de riesgo que otros niños evitarían para estar fuera de peligro.

1.6 Consecuencias del TDA/H

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad se caracteriza por la desatención y/o hiperactividad-impulsividad que llevan a problemas en diferentes situaciones (casa, aula, trabajo). Las personas con este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en la escuela o en el trabajo, y esto los lleva a relacionarse pobremente con sus pares debido a su escaso repertorio de habilidades sociales lo que puede desencadenar problemas emocionales y baja autoestima (Gutiérrez Maldonados, 2007). A

continuación se hace una revisión de las consecuencias que los síntomas del trastorno causan en la vida de los pacientes con TDA/H.

1.6.1 Ámbito Escolar

El TDA/H como patología del desarrollo, se observa típicamente en las edades preescolares y escolares, es por eso que un área de gran dificultad para los niños con TDA/H es el área académica, tanto su conducta y su desarrollo en la clase como los logros que pueda alcanzar en su vida escolar. Barkley (2005) menciona que la mayoría de los niños con TDA/H tratados en clínicas tienen dificultades en la escuela, su desempeño es muy bajo relacionado con las habilidades que tienen y que se han evaluado en los test de inteligencia, para Barkley esto es debido a los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad de este trastorno, ya que niños tratados con estimulantes han demostrado tener un mejor desempeño en las tareas escolares y en el salón de clases.

Rodríguez-Salinas (2006) menciona que los niños con TDA/H tienen dificultades especiales para el aprendizaje de los contenidos curriculares y que el 70% de los niños que son de trastorno tipo inatento manifiesta problemas de tipo académico que afectan diferentes materias, mientras que el 30% tiene problemas de conducta. Mientras que las cifras cambian para los que presentan el subtipo hiperactivo-impulsivo, quienes padecen problemas conductuales en un 75% y un 25% dificultades académicas.

Para Beltrán y Torres (1999) estos desórdenes de conducta se superponen a algunos indicadores de bajo rendimiento académico. Como la alta distractibilidad y la hostilidad.

El bajo rendimiento escolar de estos niños se relaciona por su comorbilidad con dificultades específicas de lectura, escritura y matemáticas. Algunos estudios estipulan la prevalencia de la dificultad lectora entre el 15% y el 50% y de las

matemáticas entre el 24 y el 60% (Blázquez-Almería, Joseph-Munné, Buron, Carrillo-González, Freile-Sánchez, 2005).

En esta misma línea Rodríguez-Salinas (2006) coincide en que cerca del 25-30% de los niños con TDA/H tienen una alteración específica del aprendizaje en alguna de estas áreas: lectura, escritura, matemáticas y coordinación motora.

Además de que hasta el 50% de los niños puede tener diversas alteraciones del lenguaje en el área expresiva y receptiva, en la fluencia, en el lenguaje pragmático, la prosodia y la articulación. También suelen fallar en aspectos de coordinación psicomotora y manifiestan dificultades en el sentido del ritmo y en la planificación motora.

Barkley (2005) señala los siguientes problemas que en general tienen las personas con TDA/H:

- Pobre persistencia en mantenerse motivados y esforzarse en las tareas, se dan fácilmente por vencidos.
- Gran variación en el tiempo de reacción y en el desempeño en las tareas
- Bajo desempeño y productividad cuando no se tienen recompensas o hay tardanza en que sean recompensados
- Problemas graves cuando las tareas son muy largas, y hay tardanza en el cambio de actividades.
- Falta de interés o dejar de hacer las tareas cuando el reforzador cambia de ser continua a intermitente o retrasado.
- Conducta disruptiva cuando consecuencias no contingentes ocurren durante la ejecución de la tarea.
- Ritmo más lento en la realización de las tareas
- Mala organización del tiempo de dedicación al estudio
- Dificultad en la programación de actividades.

Además de que se asocie con problemas de interacción social con sus compañeros que los elevan a dificultades de relación, desaprobación del grupo.

1.6.2 Ámbito Familiar

El contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDA/H. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que aumenta la presentación de síntomas y su continuidad. Los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles o excesivamente permisivos, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, no facilitan la internalización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autoregulatoria deficiente en los niños con TDA/H. Así mismo el ambiente familiar se ve alterado en varias situaciones y se caracteriza por un ambiente conflictivo y estresante. Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas y Jara-Jiménez (2006) realizaron un estudio para analizar el sistema familiar de los niños con TDA/H y encontraron que los padres de niños con TDA/H perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres.

Estos resultados han sido consistentes en varios estudios que demuestran que en los sistemas familiares de niños con TDA/H se destaca un alto nivel de estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. Los padres por su parte, perciben que la conducta de sus hijos producen sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés (Donenber y Barker, 2003 en Presentación-Herrero y cols., 2006). Debido a que los padres se encuentran en constante reto por controlar la conducta de sus hijos, ponen a prueba la capacidad de tolerancia, además de la frustración crónica en sus intentos por contenerlos y organizarlos, que puede causar casos de depresión o disputas familiares.

Roselló (2003 en Presentación-Herrero y cols., 2006) encontró que los padres mencionan que tener un hijo con TDA/H genera (incluso en los padres más competentes) sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos.

Se reporta que el 44% de los padres considera que su hijo con TDA/H dificulta e incomoda más a sus hermanos a la hora de participar en actividades.

En la relación con los hermanos también pueden existir dificultades, Kendall (1999 en Presentación-Herrero, 2006) encontró que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo como víctimas, por que se ven obligados por sus padres a ejercer de cuidadores o guardianes de su hermano y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

Si son mayores, y se encargan de cuidarlos pueden sentirse también crónicamente frustrados, desobedecidos y pueden expresar agresión o resentimiento además del crónico sentimiento de injusticia ya que al niño con TDA/H se toleran mas transgresiones, circunstancias que propician un clima familiar de tensiones y continuas peleas. Si el hermano es menor, es probable que a la ausencia de los padres reine el caos además del riesgo debido a su impulsividad y alto umbral de dolor harán que este imponga juegos rudos y/o castigos físicos al hermano menor, (Gratch, 2001).

Por su parte los niños con TDA/H suelen ser más inmaduros que los demás niños de igual edad, así como más apegados a los padres. En algunos casos los niños pueden temer a la oscuridad y se sienten muy inseguros y dependientes, pueden sentir una severa angustia por separación. Además de las constantes reprimendas que reciben y la sensación de que sus padres están hartos de ellos incrementan el riesgo de padecer casos de depresión y problemas emocionales, (Gratch, 2000).

En síntesis los estudios revisados sugieren que las conductas de los niños con TDA/H aumentan los niveles de estrés familiar debido a los retos para la educación que plantea el comportamiento típico de los niños hiperactivos (temperamento difícil, escasa adaptación a situaciones nuevas, irritabilidad, actividad motora excesiva, etc.). También parece apuntar que este incremento de estrés se asocia frecuentemente con respuestas negativas de los padres, incluidos estilos de crianza desadaptativas que pueden empeorar la conducta del niño,

incrementar los problemas psicológicos en los padres e incluso perjudicar las relaciones matrimoniales y familiares, (Presentación-Herrero, 2006).

1.6.3 Ámbito Social

En el ámbito social, los niños con TDA/H suelen tener problemas para establecer relaciones apropiadas con figuras de autoridad y otros niños. El TDA/H puede dificultar considerablemente las amistades durante la infancia o las relaciones con semejantes. El rechazo por parte de otros niños o el no tener amigos cercanos contribuye a que muchos de estos niños se sientan solos e incomprendidos.

La forma en que el TDA/H contribuye a los problemas sociales no se comprende plenamente. Varios estudios demuestran que los niños con TDA/H del tipo inatento, pueden ser percibidos como tímidos o retraídos por los demás niños. Y en su interacción son pasivos y tímidos y parecen experimentar la necesidad de recibir un impulso para interactuar con otros niños. En este tipo de niños su impulsividad les genera distracción, (Gratch, 2001).

Las investigaciones indican que el comportamiento agresivo de los niños con síntomas de impulsividad o hiperactividad puede jugar un papel fundamental para el rechazo por parte de otros niños. Otros factores que pueden contribuir al rechazo son el poco control de los impulsos, la incapacidad de esperar turno y seguir las instrucciones y el hablar en exceso.

Como este tipo de niños suelen ser desinhibidos, ganan amigos con facilidad pero tienen dificultad para conservarlos por su intolerancia a la frustración y la agresividad con la que reaccionan cuando no se los complace o cuando se los agrede y terminan peleando con sus amigos o compañeros, los cuales dejan de incluirlos en sus actividades, (Gratch, 2001).

Hace poco, aún se suponía que el TDA/H desaparecía en la adolescencia. Hoy en día se sabe que es posible que los síntomas se atenúen en esta etapa

pero el trastorno puede presentarse hasta la edad adulta en la forma residual del trastorno.

A medida que los niños van creciendo y llegan a la adolescencia, la impulsividad y los síntomas del trastorno repercuten en el ambiente social del adolescente ya que sigue careciendo de habilidades sociales y su impulsividad suele evidenciarse a través de mentiras, del egoísmo y la deshonestidad, además de que es en esta etapa donde pueden tener más riesgo de presentar trastornos de ansiedad, del humor, abuso de sustancias y delincuencia.

Gratch (2001) enlista una serie de comportamientos que los adolescentes pueden presentar como sintomatología del TDA/H y que influyen en la vida social del adolescente:

- Tendencia a involucrarse en actos violentos
- Fuerte inestabilidad emocional, carácter irritable y poca tolerancia a la frustración
- Frecuentes cambios de parejas, vida emocional muy inestable
- Constantes cambios de escuela o trabajo
- Abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas)

Debido a que el adolescente desde la infancia ha recibido de su familia y de la escuela regaños, críticas y castigos por su conducta inadecuada, en muchas ocasiones esto no favorece el desarrollo de una buena autoestima y sus relaciones sociales de igual manera se ven dañadas, se vuelven difíciles, agresivas o inhibidas lo que repercute en su ajuste social.

Sin embargo si los adolescentes son tratados de la forma adecuada desde la infancia, las diversas dimensiones de su vida pueden desarrollarse de manera normal. En el siguiente capítulo se podrán revisar las formas de evaluación y diagnóstico, así como las formas más efectivas de tratamiento.

CAPÍTULO 2

1. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDA/H

En la evaluación de la hiperactividad participan profesionales de diferentes disciplinas, como médicos, pediatras, neurólogos, psicólogos así como el profesor o el trabajador social, quienes por estar en constante contacto con el niño adquieren un papel muy importante dentro de este proceso. Cada uno de ellos cumple un papel específico, ya que a pesar de que el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H) es un trastorno infantil con una sintomatología característica, no es de fácil diagnóstico, debido a que los niños hiperactivos no responden a un único e idéntico perfil conductual y por ello forman un grupo muy heterogéneo, que no todos los afectados presentan la totalidad ni tampoco los mismos síntomas conocidos (Moreno, 2001). Es así que la evaluación del TDA/H no se ejecuta con una visita al médico de cabecera, sino con pruebas y trabajo conjunto de diversos profesionales. A continuación se hace una revisión de roles que desempeñan el médico y el psicólogo en la evaluación de TDA/H.

2.1 Evaluación Médica del TDA/H

A menudo se desconoce con exactitud el rol que cumplen los doctores y médicos en la evaluación de TDA/H ya que el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad no entra en la dinámica tradicional de evaluación médica, es decir que no basta con una visita médica donde se realice una entrevista y una breve indagación a los padres y al niño con respecto a los antecedentes de la enfermedad. Es necesario que además de los padres y los niños, el médico solicite información de otras personas cercanas al niño como a otros familiares, amigos o al profesor. Al igual que la práctica de algunos exámenes médicos y estudios que son requeridos para evaluar este trastorno.

Es usual que algunos médicos y especialistas al trabajar individualmente en la evaluación y tratamiento del TDA/H, lo hagan de manera inadecuada, al malinterpretar o confundir sus observaciones o interpretaciones lo que puede llevar a diagnósticos incorrectos, a la prescripción de medicamentos innecesarios o a la evasión de su responsabilidad o su papel dentro de la evaluación de este trastorno. Es ahí donde reside la importancia del equipo multidisciplinario que evalúa y trata este tipo de trastornos, donde el médico tiene un papel esencial junto con el paciente, los padres, hermanos y otros, como maestros, psicólogos, trabajadores sociales y especialistas en educación, con la finalidad de evaluar, diagnosticar y tratar a una persona con TDA/H de la manera más eficaz, (Goldstein y Goldstein, 1998).

Goldstein y Goldstein (1998) mencionan que para conocer el rol de los médicos en la evaluación del TDA/H deben seguirse cuatro pautas principales. La primera es el conocer si existen problemas o enfermedades las cuales puedan ser las causantes de algunos de los síntomas del TDA/H, ya que la sintomatología que a primera vista puede ser característica de éste, puede obedecer a otra enfermedad, para esto procede a hacer una evaluación médica para estar seguros que los síntomas comportamentales que se observan no son el resultado de una enfermedad médica tratable.

Esta evaluación médica, incluye una historia clínica del paciente, con información concerniente al trastorno en el presente así como sus antecedentes, desde el embarazo, el parto y el desarrollo del niño. Durante esta revisión el médico debe preguntar sobre síntomas de enfermedades en los órganos principales como el sistema gastrointestinal, sistema nervioso central, genital y urinario, así como cardiovascular y la piel. Y una revisión de la historia familiar acerca de problemas médicos y psicosociales debe ser incluida. Así como exámenes actualizados de vista y audición, (Peñafiel, 2003 en Fernández Jaén, 2006).

Es también responsabilidad del médico descartar que los síntomas del TDA/H son consecuencia de los efectos secundarios de algún medicamento que ha sido administrado al niño, ya sea para tratar el TDA/H u otra enfermedad. Así como la de determinar si la mejor opción es tratar al niño farmacológicamente.

Varios estudios y exámenes médicos son a menudo realizados para conocer si una enfermedad esta presente, ya que la evaluación médica por si sola no va a ser suficiente para excluir una enfermedad remediable como causa de los síntomas atribuidos al TDA/H, por eso una labor principal del médico es decidir si existe o no la necesidad de la realización de éste tipo de estudios para el diagnóstico.

El electroencefalograma (EEG) es uno de los estudios realizados con más frecuencia a los niños para establecer el diagnóstico de epilepsia como una causa remediable de los síntomas del TDA/H. Ya que los pacientes con epilepsia y aquellos con problemas con tumores cerebrales, hemorragia subdural o intercraneal y de anormalidades metabólicas presentan cambios en los patrones en el EEG. Sin embargo, a pesar de que el EEG es de gran ayuda para determinar la presencia y ausencia de epilepsia como una causa de los episodios de inatención, este no puede determinar la presencia o ausencia de TDA/H. Por su parte, estudios como el mapeo cerebral y la tomografía computarizada, son realizados a niños solo cuando estos tienen síntomas o signos que sugieren un desorden como hidrocefalia o tumor cerebral que requieren tratamientos o cirugías específicas. Si bien este tipo de estudios pueden atribuir los síntomas del TDA/H a otro tipo de trastornos y enfermedades, no pueden diagnosticar el TDA/H como tal y son necesarios solo en un porcentaje pequeño de niños con sospecha de TDA/H cuando otros signos o síntomas los requieran, (Goldstein y Golstein, 1998).

En algunas ocasiones también son necesarios exámenes de sangre y otros estudios más comunes pueden ser necesarios para descartar problemas médicos comunes y que pueden causar indirectamente el comportamiento anormal. Sin embargo, usualmente la historia clínica y el examen físico son suficientes para

excluir algunas de estas enfermedades y estos exámenes diagnósticos adicionales son raramente necesitados, (Barkley, 2006).

Otro de los aspectos de mayor importancia en el rol de los médicos, se refiere a la evaluación de la intervención médica, es decir la decisión de administrar o no un tratamiento médico, y si es el caso, qué medicamento es el adecuado, en qué dosis y horarios de administración, así como posibles contraindicaciones a este tipo de intervención y los síntomas que el niño pudo haber presentado previamente, como reacciones previas a la medicación, psicosis, problemas de crecimiento o problemas cardiovasculares los cuales incrementan el riesgo para el uso de medicamentos en el tratamiento.

Podemos concluir diciendo que el rol del médico en la evaluación del TDA/H es esencial así como la de los otros profesionales que integran el equipo multidisciplinario. La evaluación médica es solo uno de los elementos presentes en la evaluación del TDA/H, información adicional tanto cualitativa como cuantitativa por observación directa así como reportes de otros observadores como padres y maestros es necesaria para establecer el diagnóstico del TDA/H. Este tipo de información puede ser obtenida también, mediante la evaluación psicológica que juega un papel igual de importante pero diverso de la evaluación médica.

2.2 Evaluación Psicológica del TDA/H

La evaluación del TDA/H desde la perspectiva psicológica, ofrece elementos importantes para llegar a un diagnóstico adecuado, siempre y cuando forme parte de un equipo de profesionales que se encarguen de ello conjuntamente (Barkley, 2006). Estos elementos son aspectos del problema en diferentes niveles, como los déficits de atención, el nivel de actividad motora y el comportamiento general del niño en el medio natural. Además de la aplicación de entrevistas y cuestionarios que se realizan a los padres, maestros y al niño con el objetivo de

obtener información sobre cómo es su conducta en la casa y en la escuela, lugares donde convive y pasa la mayor parte del tiempo.

Servera (2001 en Caballo y Simon, 2001) menciona que la evaluación psicológica del TDA/H, se puede agrupar de dos modos distintos, el primero es el que corresponde a los niveles de actuación, es decir la atención, actividad motora y conducta en general del niño, en los diferentes ambientes de su vida. Y de acuerdo con Moreno (1999), el eje de referencia que caracteriza la evaluación psicológica de la hiperactividad infantil es el contexto familiar y social en el que el niño está inmerso. Ya que no son capaces de independizarse totalmente de su entorno, por esta razón el modo en que los niños se comportan depende en gran medida de cómo es el ambiente en el que viven y se desarrollan. Es así que el análisis del medio familiar, escolar y social adquiere gran importancia en la evaluación de niños y adolescentes y resulta imprescindible para que el psicólogo pueda explicar la conducta infantil en sí misma y sus alteraciones.

Moreno (1999) menciona que la evaluación de este trastorno se concreta en cuatro áreas principales, la primera es el estado clínico del niño, es decir los comportamientos alterados y anomalías psicológicas que presenta el niño, así como los rasgos característicos y los síntomas del trastorno, como inquietud, déficit de atención y actividad motora. También se observa si el niño muestra conductas antisociales, agresividad y la forma de relacionarse, así como posibles alteraciones emocionales, como ansiedad o un nivel de autoestima bajo.

Otra de las áreas, es el nivel intelectual y rendimiento académico que es un área que para muchos autores es el aspecto más importante en el diagnóstico del TDA/H, ya que el ámbito académico es donde a menudo se detecta y se proporciona información sobre la conducta del niño y sus calificaciones. Los factores biológicos son un área muy importante también, ya que los síntomas de este trastorno a menudo se encuentran ligados a algunas variables biológicas, es por esto que la evaluación del trastorno también incluye un análisis físico

exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos.

Las condiciones sociales y familiares, son un área donde se evalúan además del nivel socioeconómico de la familia, también el clima familiar, las relaciones interpersonales, tamaño, calidad y ubicación de la vivienda familiar, así como las normas educativas y la disciplina en el hogar que son factores con los cuales el psicólogo puede identificar las causas de los problemas y prever las posibilidades de mejorar el pronóstico de los niños.

El otro grupo del que habla Servera (2001 en Caballo y Simon, 2001) para la agrupación de las funciones de la evaluación psicológica, comprende los instrumentos de evaluación, como las entrevistas, escalas de evaluación, instrumentos aplicados al propio niño, observaciones conductuales y las técnicas mecánicas.

Las entrevistas clínicas a padres y maestros suelen ser el procedimiento inicial en la evaluación de la hiperactividad y se aplica por separado a los adultos, habitualmente padres y posteriormente al propio niño, si éste dispone de las habilidades que así lo permitan y aunque al principio son de índole general, éstas permiten un primer acercamiento a los problemas infantiles. A pesar de que su confiabilidad y validez en ocasiones se ponen en entredicho, lo cierto es que se reconocen los beneficios de las entrevistas los cuales van más allá de su interés clínico, ya que ayudan a establecer la necesaria relación empática entre todos los agentes implicados, orientan los siguientes pasos del proceso de evaluación, eliminan ideas erróneas de padres y educadores, es por eso que su uso está muy extendido (Moreno, 1999).

La mayoría de las entrevistas desarrolladas para la evaluación de este trastorno, están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) y cubren el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo Miranda y Santamaría (1986 en Moreno 1999) indican que las entrevistas a los padres deben plantear preguntas referidas a tres aspectos, el primero es la

historia del problema, es decir, cómo y cuándo surgió, motivos de la consulta actual, si se ha agravado y por qué, los efectos ambientales seguidos. En segundo lugar el desarrollo evolutivo del niño, que se trata de información sobre como se ha desarrollado la adquisición de habilidades motoras y lingüísticas básicas, así como el historial médico y psicológico. El tercer aspecto, se basa en la evaluación familiar, en donde se toman en cuenta los aspectos socioeconómicos y psicológicos de los miembros de la familia y relaciones padres e hijos.

Aunque existen muchas entrevistas estructuradas, tal vez las dos más utilizadas son: El Informe Parental de Síntomas Infantiles (PACS) de Taylor, Schachar, Thorley, y Wieselberg, (1986) y la Entrevista Clínica Semiestructurada para Niños (SCIC) de Achenbach y McConaughy (1989). Por su parte la SCIC combina preguntas abiertas y cerradas junto con actividades diversas donde el terapeuta interactúa con el niño y va complementando un protocolo de observación. Una de sus principales ventajas son sus buenos índices psicométricos (Servera 2001 en Caballo y Simon, 2001).

Las escalas y cuestionarios para padres y maestros son el instrumento de evaluación más utilizado en el trastorno hiperactivo. Entre sus ventajas están la rapidez, el bajo costo, el ofrecer información sobre conductas difíciles de observar a través de registros, el ser cuantificables y disponer de datos normativos y el ofrecer información sobre las personas más relevantes del entorno. Sin embargo, hay que tener presente que los cuestionarios sobre el comportamiento infantil resultan más problemáticos que los utilizados en adultos a causa de presentar índices más bajos de fiabilidad (especialmente entre informadores), bajas correlaciones con otros instrumentos como son las entrevistas y los registros de observación, problemas de validez de constructo y dificultades en la normalización de sus puntuaciones, (Servera 2001 en Caballo y Simon, 2001).

Entre la multitud de cuestionarios existentes Moreno (1999) propone distinguirlos teniendo en cuenta su contenido, ya sea específico o general, así

encontramos que existen las escalas diseñadas específicamente para evaluar este trastorno y las escalas de contenido más amplio, para evaluar problemas comportamentales u otros trastornos relacionados con la hiperactividad.

Dentro de la primera categoría se encuentran las escalas para padres y profesores de Conners (1969). El primero se trata del Cuestionario de Conducta Infantil (CCI) que es administrado a los padres, y al igual que el aplicado a los maestros, los adultos deben informar sobre la conducta del niño eligiendo entre cuatro opciones de respuesta, de acuerdo a la que mejor corresponda con el nivel de gravedad de los problemas y se diferencian 5 escalas: problemas de comportamiento, dificultades de aprendizaje, trastornos psicossomáticos, impulsividad/hiperactividad y ansiedad, (Diaz Atienza, 2000).

El Cuestionario de Conducta en la Escuela (CCE), evalúa la forma en que el niño se comporta en la escuela, su participación y su relación con el grupo, su comportamiento ante la autoridad. Y se incluyen cuestiones sobre los síntomas primarios y asociados en cuatro áreas, la primera corresponde a la hiperactividad que incluye, actividad motora, falta de atención, impulsividad y problemas de conducta y ansiedad. Y el último bloque se refiere a las dificultades de adaptación y los problemas emocionales asociados.

Cuestionario de Hiperactividad de Werry, Weiss y Peters (Werry, 1968), es una prueba altamente valorada por los expertos ya que analiza el funcionamiento del niño en actividades diarias, como a la hora de ver la tele o en la comida y esto facilita la planificación de programas terapéuticos específicos. Esta estructurada en áreas que equivalen a las situaciones ambientales diarias y habituales en la vida del niño y los adultos evalúan si el problema infantil no aparece nunca, algunas veces o frecuentemente. Cuando se aplica a los padres, estos evalúan la conducta infantil en situaciones como, durante las comidas, viendo la televisión, haciendo las tareas escolares y el comportamiento fuera de casa pero no en la escuela. Y los maestros valoran en forma general el comportamiento del niño,

mientras realiza actividades escolares y durante el juego, (Servera 2001 en Caballo y Simon, 2001).

Las escalas que presentan un contenido más amplio, para evaluar los problemas comportamentales u otros trastornos relacionados con la hiperactividad, recogen información sobre actividad motora, impulsividad, así como otros de problemas de conducta en general. Una de las más utilizadas es la Escala de Evaluación de Autocontrol (Kendall y Wilcox, 1979), el cual es un instrumento que evalúa comportamientos de autocontrol infantil, así como impulsividad y conductas hiperactivas. Esta escala se ha mostrado útil para valorar hiperactividad e impulsividad por las correlaciones significativas entre sus ítems con conductas adaptadas en el colegio, (Moreno, 1999).

Por su parte Miranda y Santamaría (1986) diseñaron el Cuestionario de Problemas de Conducta para Preescolar (CCP), que puede ser empleado con padres y profesores para evaluar el comportamiento de niños entre 4 y 6 años. Con 59 ítems evalúa hiperactividad/déficit de atención, falta de control/irritabilidad y agresividad.

Debido a la relación entre hiperactividad y trastornos de conducta, algunos autores creen necesario también emplear escalas que evalúen la socialización, como complemento de la evaluación de los niños hiperactivos. Es así que la Escala de Factores Positivos de la Socialización (ESE-1) y la Escala de Hábitos Perturbadores de la Socialización (ESE-2) sean administradas, al igual que la Batería de Socialización (BAS), BAS-1 para maestros y BAS-2 para padres.

Cuando se busca evaluar la hiperactividad mediante información que es proporcionada por los niños, se utilizan pruebas especiales que detectan déficits perceptivos/cognitivos, de coordinación visomotora y de rendimiento intelectual. Son empleadas la escala de Inteligencia de Weschler para Niños (WISC) aplicable para niños de entre 6 y 15 años, Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test de desarrollo de la Percepción Visual De Frosting, Test de Laberinto de Porteus y

para evaluar específicamente los déficits de atención, Test de Ejecución Continua (CPT), (Díaz Atienza, 2000).

Por su parte los Test de Ejecución Continua evalúan el mantenimiento de la atención en tareas que requieren estar vigilante, mientras el niño permanece sentado delante de una pantalla aparecen dibujos en secuencias determinadas y un periodo de tiempo delimitado. Los niños hiperactivos en su conjunto cometen más fallos y tienen tiempos de reacción mayores en estas pruebas que los no hiperactivos, si es que se concentran lo suficiente como para hacer la prueba, (Díaz Atienza, 2000).

Los procedimientos de observación directa son el complemento ideal y necesario, tanto si se ha optado por una evaluación a través de entrevistas/cuestionarios como si se han incorporado medidas más objetivas. Mientras con estas medidas la conclusión de que un niño presenta hiperactividad como máximo puede llevar al clínico al uso de psicofármacos y algún tipo de intervención genérica, los registros de observación son los que permiten analizar antecedentes y consecuentes de las conductas hiperactivas para posteriormente desarrollar un programa cognitivo-conductual de intervención mucho más específico, (Barkley, 1990 en Barkley 2006).

Existen mecanismos sistematizados que se emplean para medir la actividad de los niños sin embargo su empleo ha sido limitado al laboratorio y nunca han sido utilizados en el ambiente natural. Los métodos mecánicos se han utilizado fundamentalmente para la medida de la sobreactividad. Entre ellos están los actómetros para la medida de los movimientos de una parte concreta del cuerpo, los oscilómetros para la medida del "balanceo" mientras se está sentado y las células fotoeléctricas para evaluar los desplazamientos del niño. Sin embargo los resultados obtenidos con estos métodos en trabajos distintos son muy inconsistentes, (Moreno, 1999).

2.3 Diagnóstico Diferencial del TDA/H

Debido a que el TDA/H ha sido asociado o puede confundirse fácilmente con otro tipo de trastornos, es necesario hacer una revisión o un diagnóstico diferencial, esto quiere decir que no es simplemente conocer sus síntomas y hacer un diagnóstico, sino que hay que distinguirlo de otros cuadros cuya apariencia sintomática puede ser similar y llevarnos a diagnósticos erróneos o confusiones.

Como lo dice Fernández Jaén (2006), los criterios clínicos diagnósticos del TDA/H en el DSM-IV-TR se asemejan o se comparten con los de otros trastornos que deben tenerse siempre presentes. El diagnóstico diferencial con estos trastornos debe establecerse siempre antes de apuntar finalmente el diagnóstico, especialmente en niños de preescolar o menores, ya que en la infancia se hace difícil distinguir los síntomas del TDA/H con los comportamientos propios de la edad en niños activos. Además de que existe una serie de trastornos médicos remediables que pueden ser causa de los síntomas del TDA/H y que deben ser descartados a través de exploración y a base de estudios médicos. Existen también trastornos o problemas psiquiátricos que pueden presentarse solos o asociados y que pueden confundirse con el TDA/H y que pueden dificultar el diagnóstico definitivo.

En el diagnóstico diferencial que hace el DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye a los niños cuyo nivel de CI es bajo al igual que niños con elevada inteligencia ya que estos niños pueden presentar algunos síntomas de desatención o hiperactividad que caracterizan los niños con TDA/H, sin embargo el origen de este síntoma es otro, ya que los niños con CI bajo que se encuentran en escuelas o centros académicos que no son aptos para su nivel de capacidad. Y los niños con inteligencia elevada pueden estar presentes en lugares que les ofrecen ambientes académicos poco estimulantes.

Con respecto a los niños con retraso mental el DSM-IV-TR menciona que debe hacerse un diagnóstico de TDA/H adicional solo si los síntomas de éste están presentes o son excesivos para la edad del niño.

También se hace necesario distinguir a los niños con TDA/H de aquellos que presentan el trastorno con movimientos estereotipados. Ya que se caracterizan por un incremento en la actividad motora, sin embargo en este trastorno la conducta motora suele ser repetitiva, delimitada y fija, como balanceos corporales y mordiscos autoinferidos. Mientras que el nerviosismo presentado por niños con TDA/H son más generales, además de que los niños con trastorno con movimientos estereotipados no son hiperactivos, (DSM-IV-TR, APA 2002).

El TDA/H no puede diagnosticarse si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad o cambio de personalidad relacionado a una enfermedad o relacionado con sustancias. Y tampoco puede diagnosticarse si los síntomas del TDA/H se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico.

Gratch (2001) menciona que los cuadros clínicos con los que comúnmente se asocia al TDA/H son el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Conducta. Y como su asociación es muy frecuente se los engloba bajo la denominación de desórdenes de conducta disruptiva.

El Trastorno Negativista Desafiante es un cuadro que se caracteriza por una tendencia a presentar una conducta oposicionista, desafiante y hostil con los padres y/o con cualquier autoridad (Gratch, 2001). Estos niños pueden resistirse a realizar las tareas escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación a tareas escolares observadas en sujetos con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. Sin embargo el diagnóstico diferencial puede dificultarse cuando algunos sujetos con TDA/H presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso.

Cerca del 60% de los niños con TDA/H suelen presentar un trastorno negativista desafiante como comorbilidad asociada. Así que una revisión

cuidadosa de la historia del niño y de los métodos de evaluación debe ser efectuado, así como el seguimiento de los criterios para la realización de un diagnóstico. Ya que es común que un niño presente este trastorno como un cuadro asociado, pero por si solo es raro que un niño con Trastorno Negativista Desafiante presente suficientes síntomas tanto comportamentales como situacionales para ser confundido con TDA/H, (Goldstein y Goldstein, 1998).

Los Desórdenes de Conducta en los jóvenes constituyen un grupo complicado de problemas emocionales y del comportamiento. Los niños y adolescentes que sufren de estos desórdenes tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. 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 y los amigos. La diferencia fundamental entre este trastorno y el Trastorno Negativista Desafiante radica en que este tipo de trastornos incluyen la agresión física y/o el daño o la destrucción de propiedades ajenas.

Para Soutullo (2004) este trastorno es la forma más severa de los trastornos de comportamiento y se da principalmente en la adolescencia, cuando los adolescentes han tenido el trastorno negativista desafiante cuando eran pequeños. Sin embargo existe una clasificación de este trastorno que va desde la infancia hasta la edad adulta y dependiendo del grado de severidad de éste, los comportamientos que realizan los niños con este trastorno van desde agresión a personas o a animales, destrucción de objetos, engaños y robos así como violaciones serias de las normas.

Muchos niños con TDA/H que no fueron tratados de una forma adecuada desarrollan Desórdenes de Conducta, es así que el diagnóstico debe ser cuidadoso para excluir este tipo de trastornos como trastornos asociados al TDA/H. Desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el trabajo de profesionales y padres por igual. Ya que es frecuente que las expectativas que los padres o los maestros tienen del niño no se realicen debido a que no son realistas o debido a

las consecuencias del trastorno, entonces esto se traduce en reclamos, regaños o refuerzos negativos que llevan al niño a una frustración y a una posterior hostilidad hacia los padres o las autoridades.

El diagnóstico del TDA/H se basa en los criterios clínicos y en la exclusión de trastornos médicos o psiquiátricos que pueden justificar una situación sintomática similar. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDA/H son casi idénticos a los de los criterios de investigación de la CIE-10. Los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV-TR son los siguientes:

A. 1 o 2

1. Seis o mas de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no sigue tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe al comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) A menudo esta en marcha o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos)

- B.** Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C.** Algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, trabajo y en casa).
- D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Los criterios para la clasificación del Trastorno por déficit de Atención por hiperactividad en los subtipos que se presentan, se toma en cuenta la clasificación anterior de la siguiente manera:

Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado: si se satisface el Criterio A1 y A2 durante los últimos 6 meses. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado, no se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses. En muchos de estos casos la hiperactividad todavía puede

ser una característica clínica significativa, mientras en otros, los problemas de atención puros son los más frecuentes.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

El diagnóstico debe realizarse a partir del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses, al igual que su tipificación si se mantienen los síntomas clínicamente significativos y se cumplen los criterios de los subtipos. Sin embargo con los síntomas de un sujeto no cumplen actualmente todos los criterios del trastorno y no queda claro si se cumplían con anterioridad, debe diagnosticarse un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no especificado.

Es importante realizar un análisis detallado de la sintomatología del niño para descartar un trastorno asociado o un diagnóstico diferente al del TDA/H si los síntomas se explican mejor con otro tipo de trastorno, una revisión y precisión diagnóstica en relación a los posibles factores etiológicos o la patología añadida conducirán al profesional a un tratamiento adecuado y a un pronóstico positivo.

2.4 Intervención en el Tratamiento del TDA/H

El TDA/H es un trastorno de comportamiento infantil que presenta varias complejidades en su tratamiento, esto es debido a la diversidad de sus síntomas y sus consecuencias en múltiples ambientes de la vida de la persona que la padece. Es por esto que existen diferentes formas de tratamiento para este desorden desde diferentes contextos, es así que profesionales de distintas disciplinas se encargan del tratamiento aportando sus conocimientos y estrategias para abordar problemas específicos y así favorecer la adaptación y desarrollo psicológico de los niños.

Debido a que el TDA/H no tiene una cura, el tratamiento va encaminado a reducir los síntomas en los diferentes ambientes en que se presenta, en la casa, tomando en cuenta a los padres y las dificultades que presentan en la educación de los niños, como miembro de un grupo social, su adaptación y la relación que presenta con sus pares así como con las personas que se relaciona diariamente. La escuela es una dimensión esencial, ya que la mayoría de las veces es ahí donde el TDA/H es detectado, por eso el trabajo en la escuela implica dotar a los profesores de habilidades para tratar con los niños así como intervenir en las conductas del niño, principalmente los periodos cortos de atención, impulsividad o falta de autocontrol y la desobediencia.

Para lograr esto es necesario un grupo multidisciplinario en el que profesionales como neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros, contribuyan con su experiencia para lograr los mejores resultados. Solloa (2006) menciona que hay evidencia de que la terapia multimodal por periodos largos reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y la adultez. Esto quiere decir que dentro de la terapia, son varios aspectos los que se deben tomar en cuenta, para lograr una mejora en todos los aspectos de la vida del niño, emocional, pedagógica, familiar, escolar y si es necesario farmacológicamente también.

A continuación se hará una revisión de los diferentes tipos de tratamientos que se han administrado a los niños con TDA/H, mediante los cuales se han alcanzado mejoras así como aquellos programas terapéuticos que son más utilizados en la actualidad debido a su efectividad.

2.4.1 Tratamiento Médico

Cuando un niño es diagnosticado con TDA/H, el paso siguiente es iniciar su tratamiento, desde el aspecto médico, el tratamiento farmacológico es la opción, sin embargo, la decisión de intervenir con un tratamiento farmacológico requiere

de una valoración personalizada del paciente donde se establezca la descripción de los síntomas del TDA/H y las dificultades que provocan en los ambientes familiar, escolar y social del niño. Los fármacos que se prescriben para la hiperactividad son variados y su prescripción va a depender del caso individual tal y como lo juzgue el médico.

Aunque el tratamiento es multimodal, los fármacos constituyen un tratamiento fundamental. Dentro de ellos, los psicoestimulantes son los más utilizados por su eficacia y buena tolerabilidad. En una segunda línea se sitúan los antidepresivos y los agonista alfa-adrenérgicos, utilizados cuando no han resultado efectivos los psicoestimulantes o se dan ciertas circunstancias clínicas. La atomoxetina es un novedoso fármaco que se ha desarrollado específicamente para esta patología y que ofrece un buen perfil de eficacia con pocos efectos adversos. Otros fármacos están siendo estudiados para su uso en este trastorno y pueden abrir nuevas vías en el tratamiento farmacológico del TDA/H (Pozo de Castro, De la Gándara Martín, García Mayoral y García Soto, 2005). Los grupos de fármacos más utilizados incluyen los estimulantes, los antidepresivos y los antihipertensivos.

Fármacos Psicoestimulantes

El uso de los psicoestimulantes es cada vez menos discutido, avalado por su eficacia, debido a que los efectos no deseables son habitualmente leves y transitorios, lo que los hace ser los más utilizados dentro de los medicamentos para este trastorno. Sin embargo su uso antes de los 6 años no es aconsejable debido a que es posible que el cuadro observado podría deberse a un retraso en el proceso de maduración y no a un auténtico TDA/H, además de su posible menor eficacia y mayor aparición de efectos adversos.

Desde el inicio de su comercialización en los años 50, el metilfenidato, es el fármaco de primera elección y el más utilizado en el tratamiento del TDA/H. Se

trata de un derivado de la piperidina, que tiene estructura similar a las anfetaminas. No es, por tanto, una variante anfetamínica como la dextroanfetamina. Se piensa que el beneficio terapéutico puede ser el resultado del aumento que produce sobre los niveles de dopamina y noradrenalina en el sistema nervioso central. En la actualidad disponemos de dos formas de metilfenidato según la duración del efecto: de liberación inmediata (Rubifen) con una duración de 2 a 4 horas, y de liberación sostenida (Concerta) de 10 a 12 horas. Con ambas formas, la administración es por vía oral, se absorben fácilmente y actúan de forma rápida. Su eliminación también es rápida, antes de las 24 horas (Pozo de Castro, De la Gándara Nartín, García Mayoral y García Soto, 2005).

Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía (2005) mencionan que aún no se conoce el lugar específico de actuación de los psicoestimulantes dentro del SNC y aunque nos movemos todavía en un nivel especulativo, de acuerdo a Barkley (s/f, citado en Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía, 2005) el metilfenidato aumenta la capacidad del niño para inhibir y regular los comportamientos impulsivos y a corto plazo se observa una disminución de la actividad motora y aumento de la atención.

Estudios demuestran que los niños tratados con estimulantes observan un marcado incremento en la atención y una disminución en la impulsividad y en el nivel de actividad, especialmente en situaciones estructuradas que normalmente conducen a comportamientos inadecuados. Gadow (s/f, citado en Solloa, 2006) señala que la medicación con estimulantes tiene efectos positivos en los niños con TDA/H, especialmente en la actividad dirigida a metas, en medidas de atención, estilo cognitivo y en las interacciones del niño con sus padres.

De acuerdo con Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía (2005), la efectividad de los psicoestimulantes se pueden observar en tres planos diferentes, el primero es el plano cognitivo, donde la atención de los niños hiperactivos experimenta un incremento significativo cuando se les administra metilfenidato.

Concretamente, menciona que se ha observado que este medicamento produce mejoras en la atención en las tareas. En lo que a la memoria se refiere, se han encontrado resultados en estudios que demuestran que los psicoestimulantes potencian el recuerdo inmediato y demorado de estímulos no verbales, como dibujos, mientras que en la memoria de naturaleza verbal, valorada por un recuerdo de una historia, se observa una tendencia positiva pero sin llegar a la significación estadística.

En el plano académico, investigaciones realizadas recientemente han demostrado que el metilfenidato produce mejoras en la ejecución de tareas escolares como lectura de palabras, comprensión de textos así como problemas de matemáticas (Smith, Pelham, Gnagey y cols. 1998 en Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía, 2005). Así mismo el tratamiento farmacológico influye en diversas situaciones que contribuyen a una mejora en este ámbito, como llegar puntual a la escuela, trabajar efectivamente en grupos pequeños así como el trabajo individual.

El plano comportamental es quizá el más beneficiado con este tipo de tratamiento y es que el comportamiento de los niños hiperactivos cambia en diferentes niveles, tanto en la disminución de la conducta disruptiva y oposicionista así como en las interacciones sociales del niño con sus padres, profesores y compañeros, ya que disminuye la agresividad, de forma que se comportan mejor con los otros niños, mejoran las habilidades comunicativas y la percepción de las claves situacionales. Estos cambios repercuten en una mejor aceptación por parte de sus compañeros y se traduce en la mejora de su autoconcepto, (Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía, 2005).

Generalmente el porcentaje de sujetos que responden favorablemente al tratamiento con psicoestimulantes oscila entre el 70 y el 90%, sin embargo para que esto suceda intervienen diferentes variables, entre ellas el especialista que prescribe el medicamento y los factores que debe tomar en cuenta para iniciar el tratamiento con fármacos.

Fármacos No Estimulantes

Cerca del 30% de los niños y un 50% de los adultos no responden bien a los psicoestimulantes o no los toleran, para estos casos, se disponen de otro tipo de medicamentos para afrontar estas situaciones, como los antidepresivos, que junto con los estimulantes, son los fármacos más conocidos y mejor estudiados en el tratamiento del TDA/H. Su efecto, o mecanismo de acción, se debe a su capacidad para aumentar la noradrenalina y la dopamina en la sinapsis, neurotransmisores implicados en el TDA/H (Pozo de Castro, De la Gándara Nartín, García Mayoral y García Soto, 2005).

Dentro del grupo de los antidepresivos, la imipramina y la desipramina son los más empleados. Aunque no son tan efectivos como los estimulantes, si mejoran los síntomas conductuales, pero su eficacia sobre la desatención es menor. Otra de sus desventajas es que producen efectos secundarios más numerosos, frecuentes y molestos dentro de los que se incluyen sequedad de boca, estreñimiento, sedación, ganancia de peso y trastornos de la conducción cardiaca. Otro inconveniente es el desarrollo de tolerancia, lo que conlleva incrementos en la dosis y la aparición de estos efectos indeseables con mayor facilidad, (Toro Trallero, 1988 en Pozo de Castro, De la Gándara Nartín, García Mayoral y García Soto, 2005).

En general, bajo este perfil de efectividad y al mismo tiempo de efectos no deseados, estos medicamentos han quedado relegados a una segunda línea de tratamiento farmacológico, son reservados para casos en los que los estimulantes han fracasado, no se pueden utilizar o aparecen efectos secundarios importantes. Y es labor del especialista encargado, decidir el medicamento más adecuado para cada niño a partir del tiempo en que tardan en producirse los efectos sobre el comportamiento infantil, la duración de estos efectos, los efectos secundarios no deseados y la confianza que el profesional tiene en el fármaco y con el que esta más familiarizado.

Los efectos psicológicos sobre la autoestima y competencia del niño son importantes, ya que pueden sentirse diferentes y considerar que sus éxitos en el colegio se deben a la acción de los fármacos más que a su propio esfuerzo y habilidad. Sin embargo estos efectos psicológicos dependen en gran medida de las acciones y expectativas de los familiares, los maestros y del propio niño, las actitudes que estos tomen darán pie a que se presenten o no. Así mismo, debido a que los medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico pueden producir adicción a una edad mayor, como en la adolescencia y considerando que no es seguro que los fármacos produzcan resultados positivos a largo plazo, los expertos recomiendan emplear este tipo de terapia como complemento de una acción terapéutica psicológica que incluya otros métodos.

2.4.2 Tratamiento Psicopedagógico

El TDA/H no es un trastorno que se presenta aisladamente, sino que puede ir acompañado de otros problemas como el exceso en la actividad motora e impulsividad, además dadas las diferencias individuales y la dificultades existentes en precisar su etiología, ha llevado a que los expertos en el área no puedan descartar ninguna de las posibilidades terapéuticas, sugiriendo un enfoque de tratamiento multidisciplinario e integrado para el beneficio global del niño.

Las intervenciones psicológicas y pedagógicas desarrolladas para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, integran procedimientos específicos de aplicación en el propio niño así como iniciativas de tratamiento conductual para padres y maestros, (Moreno, 2001).

Una aproximación útil de tratamiento incluye programas escolares especiales y tratamiento psicológico bajo los enfoques de terapia conductual y cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, consejería familiar, terapia individual (Buendía, 1996 en Arbieto, 2002) y grupal, así como talleres de

relajación, pintura, dibujos, actividades deportivas de tiempo libre, y un sistema de educación especializado o personalizado si fuera pertinente.

Se han elaborado diversos programas, los cuales están destinados no solo al desarrollo y mejoramiento de estrategias atencionales, sino también a ejercer un autocontrol por parte del sujeto de su actividad motora excesiva, como un requisito indispensable para que emerja la conducta atencional. La mayoría de las investigaciones enfocan el tratamiento del trastorno por déficit de atención en las consecuencias que produce a nivel de las relaciones interpersonales, por lo que parte del tratamiento estaría dirigido a generar y desarrollar habilidades sociales y de solución de problemas interpersonales.

Tratamiento Conductual

La presencia de conductas de actividad motora excesiva y distracción, es una característica propia del niño con TDA/H y aún cuando no sean intensas van a perturbar su atención dificultando la adecuada asimilación de conocimientos, es por esto que un programa para el desarrollo de estrategias de atención deberá también considerar el control y la modificación de algunas conductas.

El tratamiento conductual esta basado en técnicas conductuales de base operante, que son técnicas que incorporan un conjunto de procedimientos que utilizan el refuerzo para establecer o incrementar las conductas adecuadas y reducir o eliminar las conductas inadecuadas, ya que se asume que éstas se encuentran moldeadas por las contingencias ambientales. Además de tener efectos positivos en el tratamiento de los niños con TDA/H a nivel escolar y dentro del sistema familiar, ya que es relativamente fácil de implementar, rápido, de bajo costo y fácilmente aplicable en múltiples contextos. Para Moreno (1999) estas estrategias pueden distinguirse tres grupos de técnicas para el manejo del comportamiento de los niños con TDA/H, en función del objetivo que se persiga. El primer grupo lo integran las técnicas que buscan un incremento en los

comportamientos adecuados (reforzamiento positivo), en el siguiente grupo se encuentran las técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados (Extinción, Costo de respuesta, Tiempo fuera) y finalmente se encuentran los procedimientos combinados que pueden emplearse tanto para aumentar o mantener como disminuir o eliminar los comportamientos inadecuados.

Los reforzamientos positivos, como se dijo anteriormente son la base de este tipo de técnicas ya que la modificación de las conductas se da mediante el establecimiento de un programa de refuerzos en el que se le indica al niño la razón y la forma de conseguirlos, la cual se da contingente a la emisión de la conducta.

El programa de economía de fichas es una técnica que consiste en la administración de fichas cada vez que el niño emite una conducta deseada, las fichas son cambiadas posteriormente por una serie de privilegios que sean significativos para el niño. Este tipo de programa se estructura en una serie de fases que según Moreno (1999) se sintetizarían de la siguiente manera: a) Selección del comportamiento a modificar; b) Toma de decisiones sobre el tipo de fichas que se van a otorgar por la emisión del comportamiento deseado; c) Confección del listado de privilegios por los que pueden cambiarse las fichas que se hayan conseguido; d) Concretar el valor de las fichas y el de las conductas meta; e) Intercambio de las fichas por los privilegios o premios establecidos, que deberá hacerse diariamente o al menos al principio; f) Evaluación continua de la eficacia del programa añadiendo objetivos y/o modificando el tipo de refuerzos, en caso de que se considere conveniente; y g) Retirada progresiva de las fichas para facilitar la generalización de los resultados.

Otra técnica efectiva en la modificación de conducta consiste en el contrato de contingencias que es un procedimiento enormemente útil para niños cuya edad supere los seis años y puedan adaptarse a la demora de gratificación que implica. Este método establece una negociación o contrato en el que se determina concretamente que es lo que se le pide al niño y cuáles son las consecuencias

derivadas de su cumplimiento o incumplimiento. Se debe partir de metas realistas, es decir de comportamientos simples que el niño pueda realizar, para pasar posteriormente a negociar contratos más complicados. Se debe tener en cuenta que los reforzadores deben ser negociados por el propio niño y cambiarse con frecuencia por otros para no producir saciación.

El costo de respuestas implica básicamente la pérdida de un beneficio o privilegio como consecuencia de un comportamiento inadecuado. Los privilegios, recompensas o incluso las fichas han de ser retirados inmediatamente después de la emisión de la conducta inadecuada, equipararse a esta en su importancia, cambiarlos con cierta frecuencia y deben aplicarse en combinación con otras técnicas positivas contingentes a la emisión de conductas deseadas, (Arbieto, 2002).

El tiempo fuera es un procedimiento mediante el cual se retira el acceso a las fuentes de reforzamiento durante un periodo determinado contingente a la emisión de la respuesta. Esta técnica se utiliza cuando se conoce cuáles son los refuerzos que mantienen una conducta, pero no se pueden controlar dichas fuentes de entrega de reforzadores. Moreno (1999) menciona que este aislamiento consiste en impedir completamente el acceso a cualquier refuerzo positivo o recompensa y cumple con varios objetivos: suprime la atención hacia un comportamiento inadecuado, detiene el conflicto, reduce la probabilidad de que el comportamiento del niño empeore y le ofrece la oportunidad de tranquilizarse y reflexionar. Se lleva a cabo retirando al niño de donde este, después de que realice un mal comportamiento y llevándolo a un lugar aislado y aburrido durante unos minutos. Debe aplicarse después de una advertencia y alabar al niño por la primera conducta positiva que haga después de salir de la situación de aislamiento.

La sobrecorrección es un procedimiento que consiste en remediar en exceso las consecuencias negativas de la conducta desadaptativa por ejemplo, el niño que ensucia limpiara lo que ha ensuciado y algo más, (Arbieto, 2002).

La extinción consiste en no aplicar ningún reforzador o no prestar atención al niño cuando la conducta inadecuada es emitida. Dado que todo comportamiento se mantiene cuando se refuerza, se debe ignorar al niño, esto incluye retirarse cuando el niño está fuera de control y no murmurar o criticar con otros la conducta del niño o presencia del mismo.

Tratamiento Cognitivo Conductual

La propuesta de este tipo de tratamiento, es que la práctica de estrategias como las autoinstrucciones, la autoevaluación, el control de la ira o la solución de problemas puede dotar a los niños y adolescentes con TDA/H de los mecanismos necesarios para controlar su conducta: observar su propio comportamiento, evaluarlo en relación con la reglas de funcionamiento y captar sus resultados o consecuencias. En este tipo de tratamiento se combinan técnicas conductuales y cognitivas, y se pone énfasis en el autocontrol. Al respecto Kirby y Grimley (1992) indican que el lenguaje o el habla interna desempeñan una función esencial en la comprensión de los mecanismos que rigen la atención por los que los niños con déficit de atención se pueden beneficiar del uso del lenguaje interno como medio para aumentar la concentración y reducir la impulsividad.

La técnica en autoinstrucciones puede enseñar a los niños con dificultades en el control inhibitorio a comprender las situaciones y a generar estrategias y mediadores para utilizarlos en la guía y control de su comportamiento. Este consiste en que el habla auto-dirigida suministra medios para la reflexión, descripción y autointerrogación, creando un recurso importante para la solución de problemas y para la formulación de reglas y planes.

El entrenamiento en este tipo de programas implica enseñar al niño a hablarse a si mismo en voz alta, a darse instrucciones sobre lo que debe hacer y recompensar verbalmente su buena ejecución. Generalmente las autoinstrucciones incluyen: 1) Que el niño se diga a si mismo en qué consiste su

trabajo; 2) Decirse así mismo el plan o estrategia que va a utilizar para realizar su trabajo o solucionar su problema, 3) Durante la ejecución de la tarea debe autoobservar su ejecución, manteniendo la atención a la tarea; 4) Decirse a si mismo cómo ha hecho su trabajo, comprobando todo el proceso. Si la solución es correcta se auto refuerza y si es incorrecta se le enseña a darse palabras de ánimo como “la próxima vez lo haré mejor porque me fijaré mas”, (Arbieto, 2002).

En un inicio es el adulto el que a través de modelar como se dan estas autoinstrucciones mientras realiza el trabajo. Después el niño realiza la misma tarea con la guía del adulto. Hasta que lo haga él solo en voz alta, y progresivamente el lenguaje externo se convierte en susurro y después silencioso.

El entrenamiento en autoinstrucciones además de estrategias para resolver el problema enseña al niño habilidades de autocorrección de errores y de auto reforzamiento. Algunos aspectos que contribuyen a que este entrenamiento sea más efectivo son (Moreno, 1999):

- Adaptar el procedimiento a las características de los pacientes, aprovechando las circunstancias de los juegos infantiles para enseñar a modelar y hablarse a si mismo.
- Enseñar la técnica mediante modelado, aunque también se han empleado cómics y manuales de entrenamiento.
- Plantear el entrenamiento en tareas que tengan atractivo y motiven al niño
- Adecuar el ritmo del programa a la evolución del niño, teniendo en cuenta que las instrucciones deben ajustarse a su lenguaje habitual.
- Fomentar la práctica del entrenamiento en imaginación
- Estimular el uso de auto verbalizaciones para controlar el propio comportamiento en situaciones variadas y distintas con el objetivo de favorecer la generalización del aprendizaje.
- Apoyar el entrenamiento en métodos operantes, reforzamiento, coste de respuestas

- El entrenamiento debe realizarse en diferentes contextos y con distintas tareas de dificultad creciente.

Otra de las técnicas utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual es el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, el cual se centra en la enseñanza de una serie de habilidades que ayudan a identificar los componentes de un problema, a generar estrategias que faciliten su resolución y explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias, así como la planificación de los pasos para lograr la meta deseada y se desarrolla generalmente en cuatro fases (Orjales y Polaino-Lorente 2004):

1. Reconocimiento del Problema: se enseña a los niños a comprender las señales que les alertan de que existe un problema.

2. Análisis del problema: Mediante la instrucción directa y el diálogo, los niños deben de tratar de explicar las causas, físicas o emocionales, que pueden estar implicadas en ese problema y estimar su grado de dificultad.

3. Formular Soluciones alternativas y valorar sus consecuencias: Es parte de la técnica conocida como lluvia de ideas, la meta es que el niño produzca tantas soluciones como sea posible, aceptando toda clase de soluciones sin hacer comentarios críticos, alabando soluciones nuevas y creativas fomentando la cantidad de alternativas ya que así se incrementará la probabilidad de encontrar soluciones potencialmente valiosas.

4. Pensamiento Medios-Fines: Se entrena al niño a ignorar, a expresar sentimientos adecuadamente, a ser asertivos, a cooperar/compartir, a escuchar, a obedecer las demandas del adulto, a respetar y a tomar turno en las conversaciones, a mantener la atención en la tarea y terminar los deberes escolares.

La mayoría de las investigaciones señalan que niños con déficit de atención e hiperactividad carecen de estrategias para salir airoso de situaciones

conflictivas con sus compañeros, esto les trae como consecuencias ser rechazados por sus compañeros. Sobre esto, Servera (2001 en Caballo y Simon, 2001) menciona que este tipo de entrenamiento permite a los niños con TDA/H la adquisición de habilidades que le permitirán una mejor adaptación a su medio social.

Kirby y Grimley (1992 en Arbieta 2002) trabajaron el programa de entrenamiento en la solución de problemas interpersonales (SCPI) que busca entrenar a niños en la solución de problemas hipotéticos de índole social. Este programa incluye el desarrollo de las siguientes habilidades que integran la comprensión social:

- Sensibilidad a los problemas: el niño en el curso de los intercambios sociales, debe percatarse que pueden surgir problemas y ser capaz de reconocerlos.
- El razonamiento alternativo: es la capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema y crear una serie de posibilidades para resolverlas.
- Pensamiento por medios y fines: es la habilidad para concebir una estrategia o procedimientos a través de una serie de pasos.
- Razonamiento de consecuencias: es la habilidad de pensar en las posibles consecuencias de las estrategias elegidas con respecto a sí mismo y a otros.
- Pensamiento causal: es la capacidad que refleja cierta conciencia de que la conducta de la gente es ordenada, predecible y obedece a motivaciones personales.

El entrenamiento en Habilidades Sociales, se basa en la creencia de que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, por lo que actuaciones en este ámbito emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas a la enseñanza de aquellas conductas que el sujeto no tiene en su

repertorio y a modificar conductas inadecuadas. Concretamente los cuatro pasos fundamentales del entrenamiento son:

- Descripción: el instructor describe cómo se debe realizar una actividad
- Modelado: consiste en la demostración de habilidad social, ya sea por medio de modelos vivos o pictóricos, videos o cintas de cassette.
- Ensayo: consiste en un ensayo verbal y conductual y práctica de los pasos en secuencia de una determinada habilidad.
- Retroalimentación: centrada en informar al estudiante qué pasos realizó bien y cuales son los aspectos concretos que necesita mejorar.

Las habilidades sociales se encuentran entre las funciones que más afectadas están en este tipo de trastorno. La dificultad para responder a las demandas planteadas en la interacción, la baja tolerancia a la frustración y la conducta agresiva, llevará a los sujetos que padecen este tipo de trastorno al rechazo y al aislamiento social. Es por esto que el entrenamiento en habilidades sociales supone una ayuda esencial, para ayudar a los niños en el establecimiento de relaciones sociales en casa y en la escuela (García Castaño, 1999).

Muy aparte de las prácticas simuladas y los problemas hipotéticos, en la práctica real suele ser difícil para el niño aplicar lo aprendido sobre todo en situaciones que requieren una respuesta social adecuada rápida, fracasan y reaccionan con ira y sentimientos de tristeza, por esa razón se debe entrenar al niño en el uso de algunas técnicas de autocontrol y relajación.

Para este propósito, una de las técnicas que sirve como claro ejemplo, es la técnica de la tortuga, diseñada por Schneider y Robin (1976 en Orjales y Polaino Lorente, 2004) tiene como objetivo enseñar a los niños a autocontrolar sus propias conductas alteradas, impulsivas e hiperactivas. Esta técnica se realiza a través de cuatro fases: en la primera el psicólogo expone la estrategia que el niño debe aprender utilizando una narración en que una tortuga experta le cuenta a otra qué hacer ante una situación difícil o problemática. En síntesis el procedimiento

consiste en meterse en el caparazón, pegar las manos al cuerpo, respirar profundamente, relajarse y pensar en la situación conflictiva y en el modo de resolverla, imaginar varias alternativas y finalmente elegir la más adecuada.

La siguiente fase es el entrenamiento en relajación, donde el niño guiado por el terapeuta aprende a relajarse de manera progresiva mediante ejercicios de contraste entre tensión y distensión de los músculos de la cara, cuello y hombros.

La tercera fase es el entrenamiento en solución de problemas, donde se le enseña al niño hiperactivo, mediante habilidades específicas, a encontrar una solución adecuada y eficaz a las situaciones que le resultan problemáticas.

La última fase tiene como objetivo generalizar y mantener la estrategia aprendida, que es practicar la posición de tortuga en diferentes situaciones difíciles, para ello sería útil implicar a otras personas como padres, compañeros y maestros, para que feliciten o refuercen al niño cuando adopte esta posición ante un problema.

Intervención en la Escuela

El colegio, que es uno de los ambientes donde más se evidencian los comportamientos inadecuados y los déficits de atención representan un contexto de acción primordial, es así que las intervenciones terapéuticas han mantenido como objetivo general incrementar la atención y disminuir los comportamientos disruptivos.

Para el tratamiento de la hiperactividad en el colegio, se aplican básicamente procedimientos de manejo de contingencias y técnicas cognitivas, como los que revisamos anteriormente. Sin embargo, Moreno (2001) menciona que algunas ocasiones éstas tienen un alcance limitado, por lo que se necesita llevar a la práctica intervenciones que junto con las técnicas mencionadas toman en cuenta actividades y tareas específicas que el niño enfrenta. Esto requiere

aplicar un tratamiento personalizado que integre procedimientos terapéuticos eficaces y adaptación de estrategias instruccionales y de aprendizaje.

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

Este último es uno de los objetivos básicos del profesor en clase, y teniendo en cuenta que la atención es selectiva, el estudiante concentrará su atención en aquello que le parezca interesante. De ahí la conveniencia de que el profesor utilice como parte de su exposición, anécdotas, curiosidades e historias interesantes y que con frecuencia haga preguntas que obliguen a los niños a prestar atención.

Así mismo el maestro deberá utilizar láminas novedosas llenas de colorido y atractivo, cuidando siempre de evitar la sobreestimulación del ambiente, que puede incrementar la distracción, por lo que el salón de clases deberá estar sencillamente decorado, ventilado, con un ambiente agradable, normas reguladoras del comportamiento y relaciones afectivas entre los alumnos y el profesor.

La mayoría de los niños hiperactivos tienen un rendimiento académico insuficiente e insatisfactorio. En algunos casos el bajo rendimiento es debido a su hiperactividad pero en otros casos esta asociado a problemas específicos en su desarrollo. Al iniciar su vida escolar, es común que los niños presenten dificultades y lo más recomendable es que estos niños reciban ayuda pedagógica con el fin de reforzarles la adquisición y automatización de técnicas instrumentales de aprendizaje, como la lectura y la escritura, matemáticas, además de fomentarles hábitos de estudio organización y planificación así como el procesamiento de la información escrita y memorizarla.

Los maestros son quienes pueden ayudar más al niño en la escuela, además de aplicar en conjunto con el psicólogo un tratamiento conductual y cognitivo, su comportamiento diario tiene influencia en sus alumnos y en su comportamiento. Algunas acciones adecuadas que el profesor debe realizar y que siempre le serán útiles en la educación del alumno con TDA/H son las siguientes, (Polaino Lorente y Ávila, 2004):

- Utilizar siempre la técnica del subrayado con colores, de tal modo que el niño se centre sobre la información que es más relevante.
- Nombrar al niño ser el responsable de dar los avisos fuera de clase de tal modo que pueda levantarse de vez en cuando.
- Buscarle un pupitre tranquilo lejos de la ventana y lo más cerca del profesor. Eso le ayudará a controlar sus distracciones
- Utilizar los auriculares de oír música durante las explicaciones
- Darle órdenes simples y breves
- Darle un encargo, una vez cumplido el anterior. No permitirle que deje cosas a “medio hacer”
- Sentarle de espaldas a la clase si su capacidad de atención no mejora.
- Seguir de cerca el trabajo del niño cuando tenga que hacerlo el solo.
- Alternar el trabajo que debe realizar en el pupitre con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco (recoger el material, repartir los cuadernos, etc.).
- Permitirle hacer unos ejemplos sencillos cuando tenga que enfrentarse a nuevas tareas, para que se familiarice con ellos o les pierda el miedo.
- Enseñarle a mantener sus “cosas” ordenadas encima de la mesa.
- Obligarle a mantener ordenados sus libros y cuadernos dentro del pupitre.
- Mantener una tutoría con sus padres regularmente. Explicarles de forma clara y concreta los problemas de conducta del niño y lo que ellos pueden hacer para controlarlo o manejar su conducta.
- Facilitar a los padres los objetivos diarios de aprendizaje, a fin de que ellos mismos hagan el papel de “profesor de apoyo” para el niño.

- Evitar reprender en sus mismos términos.
- Evitar humillarlo o hacerle sentirse culpable delante de sus compañeros.

García (1997 en Arbieta, 2002) considera que el objetivo del tratamiento pedagógico es que el niño debe desarrollar estrategias de atención global, que consiste en atender lo más posible a toda información que se le presenta mediante la exploración o el escudriñamiento de la información. Estrategias de atención selectiva, en el que se deberá seleccionar la información más relevante mediante técnicas de fragmentación o subrayado. También la automatización de los pasos y estrategias utilizadas. Y estrategias de atención sostenida, en la que deberá utilizar técnicas de memoria, elaboración de esquemas, hablar y repetir la información en voz alta, etc.

El tratamiento conductual así como cognitivo en casa y en la escuela ha presentado los siguientes efectos positivos (Abikoff y Klein, 1992 en Servera, 2001 en Caballo y Simon, 2001): (a) aumento de la conducta atencional y el rendimiento académico, (b) disminución de la actividad motora excesiva, y (c) mejora de las interacciones sociales con una disminución de las interacciones inapropiadas al tiempo que aumenta la aceptación de estos niños por parte de sus iguales.

Por tanto, aunque sea de modo indirecto se han observado mejoras en su adaptación al medio familiar y escolar. Respecto a los padres y educadores que han sido entrenados, se han obtenido los siguientes resultados: (a) mejora de la percepción de los adultos respecto al comportamiento general del niño, (b) mayor control del comportamiento infantil en el medio natural (generalización de las habilidades aprendidas para resolver problemas en situaciones específicas), (c) cambios positivos en las interacciones padres-hijos, y (d) reducción del estrés familiar y mejora del clima social de la clase, (Servera, 2001 en Caballo y Simon, 2001).

2.4.3 Tratamientos Alternativos del TDA/H

A pesar de que en la actualidad se ha comprobado la efectividad de los tratamientos farmacológicos así como los de manejo conductual de la hiperactividad infantil aún se tienen temores naturales sobre los efectos secundarios de estos, bajo la premisa de que los medicamentos controlados generan riesgos en el desarrollo de los menores, se han buscado alternativas terapéuticas que tratan de proveer de modos naturales la solución al problema del niño, es por esto que con el paso del tiempo se han desarrollado corrientes de pensamiento sin una base científica y sin haber demostrado su eficacia.

Estas son algunas formas de terapia encaminadas a apoyar, corregir o curar diversos aspectos relacionados con el TDA/H, en su mayoría sin bases fisiológicas y con pocas o nulas bases científicas. Se reconocen en algunas de ellas buenas intenciones, aunque no deja de ser preocupante la pérdida de tiempo que representa ingresar en una terapia de dudosa eficacia y la sensación de falsa seguridad de los padres y maestros de estar tratando el problema de los niños, lo cual puede retardar un tratamiento multidisciplinario más eficiente, (Garza, S y Barragan, E., 2006).

Entre las “terapias” de eficacia científica no reconocida y con pobre aceptación por sociedades científicas neurológicas y psiquiátricas se incluyen:

Vitaminas y suplementos minerales

El tratamiento que usa dosis muy altas o megadosis de vitaminas y minerales para el tratamiento del TDA/H tiene su raíces en el modelo de psiquiatría ortomolecular de Linus Pauling, el cual sugiere que algunas personas poseen una anomalía genética que resulta en un requerimiento muy alto de vitaminas y minerales y que cuando estos requerimientos no son saldados, distintas clases de enfermedades se producen, una de ellas es el TDA/H. Esto hizo sugerir que la administración de altas dosis de vitaminas a niños y adolescentes con TDA/H

puede decrementar la hiperactividad y mejora la atención y la concentración. Algunas teorías relacionadas con esta creencia promueven que se controle la administración de algunos minerales como el potasio y el magnesio, ya que estos pueden ser los responsables por la agresividad y el comportamiento inatento, (Goldstein y Goldstein, 1998).

Haslam (1984 en Ruiz, 2004) efectuó un estudio prospectivo para investigar la utilidad del tratamiento con megavitaminas en niños con TDA/H y demostraron la ausencia de beneficio y la posibilidad de efecto potencialmente hepatotóxico. Así mismo estudios realizados por la American Psychiatric Association (en Goldstein y Goldstein, 1998) concluyó que el uso de megavitaminas para tratar problemas de comportamiento y atención no es confiable ni justificado en la literatura disponible. Y esta ausencia de datos que apoyen este tipo de tratamientos, combinados con los daños potenciales, debe alertar a los profesionales para monitorear cuidadosamente a cualquier niño cuyos padres hayan elegido este tratamiento.

Tratamientos con Dietas

Uno de los tratamientos para el TDA/H que ha generado más controversia es el que envuelve dietas especiales. Hace 25 años el pediatra Benjamín Feingold sostuvo que en muchos niños el TDA/H aparece como reacción a los colorantes artificiales, saborizantes, algunos conservadores que pueden estar presentes en la comida procesada y los salicilatos, un grupo químico relacionado con las aspirinas, que se encuentran naturalmente en algunas frutas y vegetales.

Feingold (s/f en Goldstein y Goldstein, 1998) comunicó que la eliminación de estas sustancias en la dieta de los niños con TDA/H disminuía los síntomas de hiperactividad, sin embargo nunca presentó datos de investigaciones que confirmaran sus dichos, solo su referida experiencia clínica que recibió gran publicidad.

Recientes investigaciones de aquellos que apoyan estos tratamientos han sugerido que un tratamiento dietético libre de aditivo en el tratamiento mejora los problemas de conducta y aprendizaje de estos niños. Sin embargo estudios controlados realizados a lo largo de estos años reportan el limitado éxito que tienen este tipo de tratamientos. Así en la actualidad aún no se ha podido demostrar que la intervención con dietas ofrezca una ayuda significativa a los niños en el tratamiento del TDA/H. Sin embargo es un área de continua investigación.

Carbohidratos refinados

Las observaciones clínicas y los informes de algunos padres sugieren que los carbohidratos pueden promover reacciones de conducta adversas en niños y se han supuesto dos posibles explicaciones para esto: una es que ciertos carbohidratos son sensibles de influir en las concentraciones de algunos neurotransmisores cerebrales y por ello en el grado de actividad del niño con TDA/H. La otra explicación es que la ingestión de carbohidratos influye en la concentración de ácidos grasos esenciales, los cuales son importantes en la síntesis de prostaglandinas en el cerebro, el cual requiere a la vez de insulina para activar los precursores. Sin embargo no hay una correlación neuroquímica y clínica fuerte que sostenga estas aseveraciones. Se han hecho investigaciones de correlación entre la ingesta de azúcar y los problemas conductuales, anomalías de aprendizaje y TDA/H; se ha medido el comportamiento en el salón de clases después de consumir sacarosa, fructuosa y placebo y los resultados no permitieron distinguir entre los procesos fisiológicos de ingerir una fuente de energía y los efectos patológicos por haber consumido azúcar, (Goldstein y Goldstein, 1998).

El chocolate ha sido otra sustancia que se ha relacionado con los trastornos de comportamiento. En una investigación realizada con preescolares y escolares, se demostró que ni la sacarosa dietética ni el aspartame afectan el

comportamiento o la función cognitiva en niños. Sin embargo, existe controversia ya que hay otro estudio que halló que los niños con TDA/H se ponen más agresivos cuando reciben cantidades altas de estos edulcorantes artificiales, (Ruiz, 2004).

Biofeedback electroencefalográfico

La actividad del sistema nervioso central produce ondas eléctricas cuyas variaciones pueden ser registradas mediante un trazado llamado electroencefalograma. Existen programas de computadora con los que se transforma el trazado electroencefalográfico en una señal visual y sonora determinada y entonces la producción de determinadas ondas cerebrales va acompañada de un puntaje en un videojuego.

Quienes proponen este tratamiento supusieron que existiría en los individuos que poseen TDA/H la capacidad de entrenarse en el incremento de las ondas necesarias para mejorar la concentración y la atención y aseguran que la obtención de mejorías en un periodo que oscila entre 40 y 80 sesiones de 40 minutos cada una. Esta propuesta esta basada en la mejora mediante el entrenamiento de los bajos niveles de excitación de la corteza frontal del cerebro en quienes padecen TDA/H, (Barkley, 2006).

Hasta el momento no existen estudios estadísticos serios para poder afirmar la eficacia terapéutica de este método. No se sabe si existen mejorías reales en los pacientes tratados o no. Y no se ha descartado si éstas se deben a efectos placebo o de esta sofisticada metodología (Goldstein y Goldstein, 1998).

Terapia con delfines

Esta terapia esta encaminada a mejorar el funcionamiento cerebral, partiendo de los niveles bajos de los neurotransmisores, las personas que apoyan este tipo de terapia creen que el delfín emite ondas sonoras electromagnéticas de alta intensidad que producen cambios neuroquímicos en los niño (Ozuna, 2002).

Al principio se realiza un periodo de adaptación para acostumbrarse al agua a moverse dentro, estar tranquilo y posteriormente se hace una adaptación con el delfín, con el fin de mejorar el desarrollo cognitivo y emocional al igual que se intenta conseguir que los niños estén más tranquilos y así puedan aprender más.

Terapias con Caballos

La equinoterapia o terapia apoyada con caballos es un método terapéutico que utiliza el caballo buscando la rehabilitación, integración y desarrollo físico, psíquico, emocional y social de la persona.

Consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular músculos y articulaciones del paciente, el vaivén hacia arriba, abajo, adelante, atrás y hacia los lados, es un movimiento que resulta ser el único en el mundo animal. Además, el contacto con el caballo aporta facetas educativas y terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad, (Murillo y Velayos, 2000).

Musicoterapia

Este tipo de terapia consiste en presentar al niño estímulos auditivos y se cree que esta estimulación musical puede tanto activar como calmar, porque el cuerpo contiene mecanismos y estructuras que promueven efectos de activación (sensorial, central, autónomo y motor), así como mecanismos que moderan el

nivel de excitación. Los sistemas son activados por cambios internos en la química corporal y en el funcionamiento eléctrico como resultado de la estimulación sensorial, la afirmación de que el hombre es esencialmente un ser rítmico está basada en el alto grado de regularidad rítmica de las respectivas funciones biológicas. Se ha encontrado que el ritmo musical tiene un profundo efecto sobre el ritmo cerebral y, por tanto, sobre la función cerebral, (Álvarez, 2004).

Se cree que gracias a este tipo de terapia el ambiente familiar y escolar se ve mejorado, lo que facilita la integración y modificación de la conducta del niño, así como el desarrollo del lenguaje y la comunicación verbal.

Si bien hay quienes piensan que el TDA/H puede ser curado con algunos de los tratamientos alternativos mencionados anteriormente así como con otros tipos de remedios naturales como la acupuntura, aromaterapia y flores de Bach, ni uno de estos tratamientos han demostrado ningún tipo de eficacia en estudios controlados.

El tratamiento más efectivo para el TDA/H es por el momento una combinación de tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéutico y psicopedagógico. Hoy día me parece que nadie debe recibir los beneficios de un tratamiento parcial, vale decir de los probados beneficios de la psicoterapia, así como tampoco renunciar a las ventajas que provee la auto comprensión, el insight y las mejorías del estado de ánimo y autoestima que solamente pueden venir de un adecuado tratamiento psicoterapéutico.

El TDA/H se trata de un trastorno de la atención de las consecuencias directas e indirectas de la impulsividad e hiperactividad, aunque no en todos los casos ésta última, pero lo fundamental es que esta sintomatología sin tratamiento es ingobernable por voluntad propia.

El riesgo mayor de los tratamientos alternativos mencionados es que su utilización retrasa el inicio del tratamiento adecuado (farmacológico y no farmacológico) que en el caso de los niños con trastorno de atención puede significar mucho tiempo de frustraciones y sufrimientos con el consecuente desarrollo alterado de la personalidad de estos pacientes, además de los graves problemas académicos que pueden llegar a presentar durante su infancia y adolescencia.

En el siguiente capítulo se hará una revisión de la vida del adolescente con TDA/H, con el fin de conocer la evolución de los síntomas desde la infancia. Analizando su desarrollo y los factores que intervienen para que su ambiente escolar, que es uno de los más importantes y que definen su vida, se vea afectado. Así como el rol que juega el docente en la situación de los adolescentes con TDA/H en la escuela.

CAPITULO 3

3. EL TDA/H EN LA ADOLESCENCIA

Si bien el TDA/H es tratable, sigue ocasionando fallas para la mayoría de las personas con este trastorno en diferentes ambientes de su vida y en distintas etapas de su desarrollo. En la adolescencia, las personas con TDA/H además de vivir con los síntomas de este trastorno deben lidiar con los cambios propios de su edad, es común que tengan un gran riesgo de fallas en la escuela que en ocasiones los lleva a tener problemas para mantener amistades, a sentirse irritables y tener rápidos cambios de humor, que hacen que desarrollen problemas en su autoestima, lo que repercute en cada uno de los ambientes de su vida, (Christ, 2004).

La adolescencia se considera como un periodo de transición, pero lo cierto es que todas las etapas de desarrollo transitan hacia una siguiente etapa, en esta, la importancia del grupo, las relaciones familiares, la aceptación de normas, el verse inmerso en nuevas experiencias siguen siendo, entre otros, rasgos definitorios de esta etapa vital. Para aquellos con TDA/H es una etapa que se torna aún mas complicada, sin embargo con la ayuda de los padres y profesores, así como de las personas con quienes se desarrolla puede ser también una etapa feliz. A continuación se hace una revisión de los aspectos más importantes que caracterizan a un adolescente con TDA/H y lo que el profesor puede hacer por él para mejorar su desarrollo académico, que es uno de los más afectados en su vida.

3.1 El adolescente con TDA/H

La adolescencia es una etapa de constantes cambios y cuestionamientos que se encuentra entre la infancia y la adultez y mantiene relación con ambas, ya que están presentes muchas características de las etapas anteriores con otras nuevas no conocidas hasta entonces. Comienza con la pubertad y tiene expresiones en las esferas biológica, psicológica, social y espiritual. Su duración es variable, irregular y no tiene límites exactos, aunque los organismos internacionales como la OMS que para fines prácticos considera que la adolescencia comprende el periodo de vida que se extiende entre los 10 a los 19 años y la juventud desde los 15 a los 24 años, (Gutiérrez, 2003).

Gutiérrez (2003) considera que si se tuviera que utilizar solo una palabra para definir el concepto de adolescencia esta sería la palabra “cambios” por que como lo dijimos anteriormente es una etapa que se caracteriza por grandes y rápidos cambios en todos los niveles de la vida del individuo: somático, psicológico y espiritual. Y esto es en gran parte al desarrollo hormonal que aparte de los cambios físicos comunes que suceden en la adolescencia, hace posible la capacidad reproductiva y los caracteres sexuales secundarios. Así como el cambio de pensamiento, que antes era concreto ahora alcanza su nivel de abstracción lo que facilita el hacer muchos cuestionamientos con relación a los padres, la familia y los adultos en general, también modifica sus relaciones familiares y personales.

Gratch (2001) menciona que si bien la adolescencia es una época que resulta tormentosa para los seres humanos, en nuestros días puede ser aún más inquietante, debido a la disponibilidad de las drogas, las exigencias sociales frenéticas y un estilo de vida asignado por la competencia feroz, el exitismo y la pérdida de consideración por el otro en las relaciones humanas.

Mucho se ha hablado de los duelos que el adolescente debe realizar en su proceso de crecimiento, como el duelo por la infancia, el cuerpo infantil y por los padres de la infancia. Para un adolescente con TDA/H además de las normales

dificultades que debe superar, el ser afectado por este trastorno aumenta la intensidad de estas dificultades y añade otros más que repercuten en su salud física, psicológica, emocional y social. Ya que los adolescentes continúan experimentando el crónico trastorno de conducta y de aprendizaje y arrastran también el crónico daño en la autoestima y el mal concepto de las autoridades de la escuela, se ven a sí mismos como poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito, (Gratch, 2001).

En cada uno de los aspectos de su vida el adolescente sufre un cambio, no siempre se da con dificultad, sin embargo los adolescentes que fueron tratados desde pequeños por el TDA/H y cuyo tratamiento ha tenido resultados parciales o nulos, siguen arrastrando síntomas que dificultan aún más los propios de la adolescencia, a continuación se hace una revisión del desarrollo de esta etapa en cada uno de los aspectos de la vida de un adolescente con TDA/H.

3.1.1 Desarrollo Físico y Comportamental

Como se mencionó anteriormente, el principal desencadenante de los cambios propios de la adolescencia es el desarrollo hormonal, ya que existen algunas hormonas que se multiplican por 20 y esto hace presente el llamado estirón de la pubertad, la aparición de la capacidad reproductiva, el cambio de voz y los caracteres sexuales secundarios.

Los adolescentes con TDA/H deben afrontar estos cambios, con el agravante de que el 70/80% de ellos continúan exhibiendo síntomas de TDA/H aunque algunos de estos síntomas se reducen en intensidad o bien se modifican, al grado de que la hiperactividad motora gruesa pierde su relevancia y se da su lugar a una inquietud vinculada más a pequeños movimientos ociosos (por ejemplo, jugar con objetos cuando se permanece sentado).

La hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud, pero todavía el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad (Barckley, 1995 en Menéndez 2001). Los estudios longitudinales parecen estar esta vez de acuerdo, en que la hiperactividad de los adolescentes se desplaza hacia trastornos de conducta, alrededor de un 43 % con el peligro de las conductas de riesgo como adicciones, acciones predelictivas, abandono escolar o accidentes, (Miranda, 2001 en Menéndez, 2001).

Considerando el hecho de que en la base etiológica del TDA/H, existe un trastorno neuroquímico y que este mejora con la ingesta de psicofármacos psicoestimulantes, las sustancias que tengan ese efecto provocarán una mejoría subjetiva en el paciente, por tal motivo cuando prueban las drogas que poseen efecto psicoestimulantes, sienten una mejoría en sus rendimientos. Acceden al consumo de drogas con facilidad por su impulsividad y el ansia de experimentar. Esta problemática se complica aún más debido a que aumenta considerablemente la asociación entre la hiperactividad y los trastornos de conducta, más del 60% de los adolescentes con TDA/H cumple también los criterios del trastorno oposicionista desafiante y aproximadamente un 43% de los jóvenes con hiperactividad se relaciona con problemas de conducta, (Scandar, 2007).

La administración de psicoestimulantes como lo revisamos con anterioridad, forma parte de un tratamiento terapéutico que apunta a resolver una dificultad específica en personas que no poseen predisposición al consumo de sustancias.

Los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden asociarse con las características neuroquímicas propias de los adolescentes con TDA/H, apareciendo en las adolescentes más severos trastornos pre-menstruales, cambios abruptos de estados de ánimo, irritabilidad e hiperactividad.

3.1.2 Desarrollo social y emocional

Cuando se llega a la adolescencia se siente la necesidad de tener independencia y autonomía, y así mismo se vuelven muchos más sensibles y reactivos a las críticas de los adultos, lo que puede producir confrontaciones con los padres. Para los adolescentes con TDA/H, el llegar a esta edad les plantea desafíos que pueden no estar en condiciones de afrontar y la frustración por este hecho, así como la crítica de los adultos puede provocar problemas de conducta en los adolescentes que en su infancia predominó la hiperactividad y la impulsividad, así como mayores tendencias a la adopción de comportamiento desafiante: “rebelde sin causa” o aumentará el aislamiento y el ensimismamiento en aquellos con predominio de inatención y síntomas de ansiedad, al igual que dificultades emocionales en vinculación con la depresión y los trastornos ansiosos, (Menéndez, 2001).

En la medida en que el adolescente siente mayores necesidades de autonomía y se vuelve más crítico de las figuras de autoridad, su grupo de pertenencia se revaloriza y se vuelve un punto de referencia ineludible. La regulación de la autoestima por la relación con los “iguales” se vuelve casi tan central, como lo fue el estar en sintonía con los padres en los años anteriores, sin embargo, el adolescente normal conserva una relación estable con sus padres a medida que él cambia rápidamente y va modificando la percepción que tiene de los padres. El adolescente con TDA/H llega con dificultades (problemas académicos y conductuales) que pueden conducir a que los padres tengan mayores dificultades en encontrar la distancia apropiada en cada momento y por ende, hay más probabilidades de choques en torno a las áreas de independencia. Los adolescentes en que han predominado los problemas conductuales y la resolución de problemas a través de conductas impulsivas se verán más rechazados por el grupo de pares no problemáticos: ya sea por el nivel de inmadurez o de agresividad. En cuanto a los niños con predominio de rasgos inatentos, al incrementarse el aislamiento y la ansiedad puede volverse todavía más periférico socialmente: la computadora y los videojuegos pueden convertirse

en “todo su mundo” y no sólo en parte de él. Las niñas “exagerarán” la importancia de la opinión de su grupo de pares más que los varones y la necesidad de aceptación puede volverse muy intensa, (Scandar, 2007).

De una forma u otra, esta época puede desenvolverse en comportamientos de alto riesgo, uso indebido de alcohol, drogas y conducir vehículos en forma imprudente.

3.1.3 Desarrollo Cognitivo

En la adolescencia se adquiere la capacidad del pensamiento lógico formal, es decir, se alcanzan nuevos horizontes en la capacidad de representación abstracta, esto facilita hacer cuestionamientos con relación a los padres, familia y los adultos en general, así como en la resolución de problemas, por tales medios y se produce un incremento del desarrollo de las habilidades lingüísticas y aumenta y mejora la capacidad de introspección, (Menéndez, 2001).

El adolescente con TDA/H acompaña este proceso de forma positiva cuando las nuevas habilidades verbales y la incrementada capacidad de introspección le permiten mejorar sus estrategias para resolver problemas, mejorando su capacidad para evaluar los resultados de su comportamiento y optimizando sus habilidades de planeamiento. Sin embargo, es posible que persistan por más tiempo que en otros adolescentes, demoras en el juicio, falta de persistencia, insuficiente autoconciencia y pocas alternativas en la resolución de problemas, (Scandar, 2007).

Además del bajo rendimiento académico que los caracteriza, presentando una ejecución significativamente inferior en las habilidades de deletreo, aritmética y comprensión de lectura. En definitiva, la educación de un adolescente con TDA/H es un verdadero reto pues la mayoría de ellos no responden a las recompensas y castigos ni aprenden de sus errores en la misma medida que los

adolescentes sin TDA/H. Esto combinado con su impulsividad y a veces conducta desafiante, hace que sean muy difíciles de manejar por sus profesores.

3.2 El Adolescente con TDA/H en el Aula Regular de Clases

No todos los alumnos y menos los adolescentes con TDA/H encajan o se adaptan con facilidad al salón de clases y a las estructuras de éste, por eso se habla de las grandes dificultades que este tipo de alumnos suele tener en el ámbito académico, debido a la repercusión de los síntomas del trastorno en su comportamiento en la escuela. A pesar de que comúnmente se habla de que los síntomas del TDA/H se atenúan o cambian en la adolescencia, actualmente se sabe que estos persisten y siguen siendo la causa principal de los problemas que el estudiante con TDA/H tiene en su vida escolar, (Jarque, Miranda, y Tarraga, 2007).

Es usual que muchos adolescentes con TDA/H puedan ser hábiles en la primaria o en los primeros años de su vida escolar, sin embargo durante la adolescencia esto se complica, ya que tienen mas materias y diferentes profesores, mas trabajos y tareas así como que se le exija que trabaje de forma independiente, cosa que puede complicar a los adolescentes ya que a menudo necesitan de la ayuda guía de alguien más, (Christ, 2004).

El primer síntoma que se tiene del trastorno y que representa un gran obstáculo en la ejecución de las tareas y actividades escolares así como del proceso de aprendizaje es la inatención, que hace referencia a la incapacidad de los alumnos a mantener focalizado su sistema atencional durante períodos de tiempo duraderos, así como para discernir los estímulos relevantes de los irrelevantes del entorno. Este síntoma hace que los adolescentes con TDA/H sean olvidadizos, con tendencia a ser desorganizados, suelen perder cosas y parece que no escuchan, (Díaz, 2006).

El otro síntoma es la hiperactividad que hace referencia a la incapacidad de los alumnos para ejercer un control adecuado de sus procesos motores. Ello hace que los alumnos con TDA/H sean movidos, inquietos, les cueste mantenerse centrados en clase y hablen demasiado.

La impulsividad se refiere a las dificultades para inhibir conductas de estos alumnos. Estos problemas hacen que los alumnos con TDA/H respondan precipitadamente a las preguntas, tengan dificultades para guardar su turno e interrumpen cuando los demás hablan o que hagan más preguntas de las necesarias o que sean irrelevantes así como fuera de contexto, peleas verbales y/o físicas con compañeros, maestros o personal del colegio.

Estos tres grupos de síntomas convierten a los alumnos con TDA/H en los perfectos candidatos para tener problemas de adaptación en la escuela, ya que el contexto escolar requiere exactamente las tres habilidades en las que estos alumnos tienen problemas: la escuela exige atención y concentración durante períodos prolongados, exige estar sentado y relativamente quieto gran parte de la jornada escolar y finalmente exige respetar normas de convivencia, y tener un estilo de comportamiento reflexivo opuesto a la tendencia impulsiva de estos alumnos, (Jarque, Miranda, y Tarraga, 2007).

Por su parte Valencia (2003) menciona que las dificultades que caracterizan al alumno en el salón de clases son las siguientes:

En la calidad del trabajo: su trabajo suele ser pobre e incompleto, con mala presentación, aunque en ocasiones puedan hacerlo bien. Son muy dependientes del ambiente (organización, estructuración y supervisión).

En la cantidad del trabajo: con frecuencia no terminan sus trabajos, tareas o exámenes.

En la velocidad del trabajo: muchos adolescentes con TDA/H trabajan más despacio, otros se precipitan, lo hacen muy rápido y comenten errores. En

general, no revisan sus tareas y cuando lo hacen, tienen gran dificultad para detectar los errores que cometen durante la ejecución del mismo.

En el rendimiento: su rendimiento puede variar significativamente de un momento a otro e incluso de un día a otro.

En la automotivación (autorreforzamiento): les cuesta mantener el esfuerzo en tareas o actividades que no les proporcionan una recompensa inmediata. Tienen dificultad para trabajar por grandes recompensas a largo plazo, en cambio, necesitan recompensas frecuentes aunque sean irrelevantes. Pueden iniciar una tarea correctamente, pero después de un tiempo están desmotivados y/o cansados y se dejan llevar por estímulos que en esos momentos son más gratificantes e inmediatos, como hablar con un compañero o mirar por la ventana; lo saben hacer, pero hay una incapacidad para inhibir esos estímulos. Se dejan arrastrar por estímulos más divertidos para ellos y recompensas inmediatas.

En la regulación del nivel general de alerta: es decir, para centrarse en las demandas del ambiente y del momento (lo que ocurre aquí y ahora). Tienen dificultades para iniciar el trabajo que deben hacer, evitar la distracción y mantenerse atento en situaciones monótonas. Con frecuencia, parece que sueñan despiertos o están en las nubes cuando se supone que deberían estar atentos, concentrados y centrados en una tarea.

Generalmente es más fácil observar las cualidades negativas del niño con TDA/H. Sin embargo, las cualidades positivas de los niños y adolescentes con este trastorno merecen también mencionarse. Ya que así como son olvidadizos o bien fallan en seguir instrucciones y peticiones, también tienen cualidades maravillosas que hay que tener en cuenta, a continuación se enlistan algunas de ellas para tenerlas presentes, (Valencia, 2003):

- Espontáneos
- Creativos
- Inquisitivos

- Cálidos
- Perdonan Fácilmente
- Carácter Fuerte
- Toman Riesgos
- Gregarios
- Ingeniosos
- Innovadores
- Inventivos
- Leales
- Sinceros
- Energéticos
- Intuitivos
- Confiables
- Buen Sentido del Humor

El reto para los maestros es lidiar con el nivel alto de actividad, la mente inquisitiva y la naturaleza sensitiva de estos niños para convertirlos en una persona feliz y productiva proveyendo los elementos necesarios para asegurar un éxito individual.

3.3 El papel el docente con adolescentes que presentan TDA/H

Los profesores cumplen un rol fundamental en la educación de los adolescentes con TDA/H. Pueden ser ellos los responsables del rumbo que toma la vida escolar de un alumno.

Desde el diagnóstico hasta el tratamiento, el papel del profesor es muy importante y esencial, él es el principal responsable de la intervención educativa ya que es quien se encuentra en contacto directo con los alumnos, así mismo es su papel, el valorar si el alumno requiere algún programa de educación especial, o pedir apoyo profesional para tratar algún problema de aprendizaje o de

comportamiento, (Rodríguez-Salinas, Navas, González, Fominaya y Duelo, 2006).

El TDA/H puede ser un trastorno invisible, ya que en ocasiones los estudiantes con TDA/H parecen igual que otros y muchas veces no tienen trastornos evidentes en el lenguaje, en su actividad motora o de pensamiento; aparte de que los síntomas no son consistentes, ya que pueden aparecer y desaparecer en diferente situación, por lo que el profesor puede confundirse pensando que el adolescente puede hacer las cosas por flojera o falta de disposición. Es por eso que un profesor que conoce y está informado de este tipo de trastornos puede ayudar y mejorar la experiencia escolar de un estudiante con TDA/H, (De La Garza Gutiérrez 2006).

Sin embargo, en la realidad no es raro que muchos profesores, particularmente aquellos que tienen alumnos adolescentes, es decir a nivel secundaria o bachillerato, ante un alumno con TDA/H se muestren indiferentes a su comportamiento inadecuado o inadaptado, algunos profesores optan por ignorarlos en vez de ayudarlos, así mismo hay algunos que tienden a luchar con ellos, discutiendo comúnmente, intentando que los regaños y llamadas de atención cumplan con el objetivo de que trabajen y hagan sus deberes.

Es usual que ante un grupo cuyos integrantes poseen características distintas así como necesidades académicas y emocionales diferentes, a un profesor, a pesar de haber sido formado para lidiar con este tipo de situaciones, le parezca imposible de manejar al cien por ciento, así como que le pueda poner atención a cada uno de sus alumnos. Ante esto, la tarea más sencilla es ignorar los comportamientos incorrectos del adolescente con TDA/H.

A diferencia de los profesores de los niveles básicos, que están cerca del niño diariamente y durante lapsos más largos de tiempo, y que pueden implementar muchas más técnicas y estrategias para la educación de los niños con necesidades educativas especiales. Los profesores de educación secundaria cuyos estudiantes son adolescentes, no disponen del mismo tiempo y las mismas

oportunidades de implementar estas estrategias, debido a que disponen solo de una hora por cada clase y éstas se imparten usualmente dos veces por semana. Es así que los cambios que se puedan hacer o la ayuda que le pueda brindar el profesor a un adolescente con TDA/H para la mejora en su desarrollo escolar, por muy pequeños que estos sean, suponen una gran ayuda para su adaptación al ambiente escolar del adolescente y esto es una gran aportación a su vida a diferencia de la indiferencia y hostilidad que algunos profesores demuestran hacia este tipo de alumnos, (Oviedo, 2007).

Ante este tipo de acciones que algunos profesores suelen tomar, es importante reconocer cuáles son algunas actividades que los profesores de educación secundaria pueden hacer para ayudar a sus alumnos adolescentes con TDA/H, con el objetivo de brindar información para que puedan brindar a sus alumnos estrategias para que su vida en la escuela sea mejor, así como dotarlos de habilidades para mejorar sus rendimiento escolar y social. En primer lugar, es importante que los profesores se sensibilicen ante este trastorno que padece el adolescente, sea cual sea su predominio, para que puedan conocerlos y ponerse en su lugar, saber que la etapa de desarrollo por la que están pasando supone ya grandes dificultades en todas las dimensiones de su vida y que el TDA/H solo las complica aún más, ya que aunado a los síntomas físicos y psicológicos propios de la adolescencia, se encuentran los síntomas del trastorno, (Oviedo, 2007)

Es por esto que es esencial que los profesores conozcan el estado en el que se encuentran sus alumnos y se interesen por su caso, ya que a pesar de que no tomen algunas medidas aún, el hecho de saberlo supone ya una gran ayuda y un cambio significativo, ya que como lo dice Beltrán y Torres (1999), el conocimiento y las actitudes de los docentes resultan de vital importancia para el trato y atención óptima de los adolescentes con este tipo de trastornos, ya que las percepciones a priori o los juicios que hacen de sus alumnos solo por la manera en que se comportan o lo poco que saben de su “enfermedad”, ignorando la verdadera razón de su comportamiento o lo que lo determina, daña determinadamente la relación que se puede formar entre ellos, perjudicando más al alumno.

Es así que es importante hacer notar que el profesor debe hacer uso de sus habilidades para educar a los adolescentes con TDA/H, ya que a pesar de que los síntomas del trastorno son diferentes según la edad y las características de cada niño, la mayoría de las veces la educación de un adolescente con TDA/H es un verdadero reto, pues la mayoría de ellos no responden a las recompensas y castigos, ni aprenden de sus errores en la misma medida que los adolescentes sin TDA/H. Esto, combinado con su impulsividad y a veces conducta desafiante, hace que sean muy difíciles de manejar por sus padres y por sus profesores.

Como se mencionó antes, el profesor es una persona muy importante en la vida escolar de los alumnos con TDA/H principalmente de los adolescentes, es por eso que es importante en primer lugar, establecer una relación de respeto y confianza mutua, entre el docente y el alumno. Comúnmente esto se da de la forma contraria, ya que su conducta afecta la dinámica de la clase y complica la labor del profesor, sin embargo es tarea de éste el conocer la condición de su alumno, así como tratar en la medida de lo posible amar y aceptar al adolescente con TDA/H tal y como es, con todas sus virtudes y defectos. Muchas de estas virtudes, aunque a veces son molestas, pueden ayudarlo a tener éxito en el camino que elija (capacidad de persuasión, energía, tenacidad, son creativos y arriesgados); por otra parte actúan como si fueran más jóvenes de lo que son según su edad y parecen menos maduros al aceptar las responsabilidades, completar tareas, seguir órdenes o regular sus emociones, (Miranda, Amado y Jarque, 2001); es por esto que el profesor debe ser una guía que lo ayude a desarrollarse utilizando cada una de sus características de forma positiva.

Parte de aceptar al adolescente y respetarlo es comunicarse con él de una forma correcta y que ayude al estudiante a atender las instrucciones y al profesor de mejor manera, como es, que cuando se dirija al alumno lo haga manteniendo el contacto visual y dar instrucciones claras y concisas, y si estas son complejas, tratar de simplificarlas o darlas por partes, y darle la confianza para que pueda pedir ayuda o que le aclaren alguna duda (De la Garza, 2006). Es común que existan profesores que en vez de intentar comunicarse con ellos los evita ya que

es más fácil ignorarlos y pasarlos por alto en vez de intentar dialogar con ellos y llegar a algún acuerdo, sin embargo la atención que le dediquen y la ayuda que les brinden será decisiva en la adaptación y mejora de la condición del alumno con TDA/H, no solo en el ambiente escolar sino en su vida.

Estructurar el ambiente en el que el estudiante está inmerso en el salón de clases, es una estrategia efectiva, a pesar de que el profesor de alumnos adolescentes esta con ellos solo unas cuantas horas a la semana, durante su clase puede imponer rutinas claras y bien establecidas, así como hacer efectivas las reglas, que una vez que se imponen deben aplicarse y no olvidarse. Parte de esta estructura es destinar un lugar adecuado en el que el alumno pueda tomar la clase, un lugar al frente del grupo y cerca del profesor, sin excluirlo de los demás, pero procurando que los compañeros cercanos a él sean alumnos modelos que lo guíen y lo puedan ayudar. El hacer esto evita que muchos estímulos distraigan al estudiante en el salón de clase, además de pedir a los padres que por su parte sigan con las rutinas de estudio y tareas en casa, (De la Garza, 2006).

En este aspecto, el rol que juega el profesor en relación con lo padres es esencial, ya que los profesores a pesar de pasar solo unas horas con ellos a la semana, están en contacto directo con ellos y la forma en cómo se desenvuelven en clase, sus puntos fuertes y aquellos en los que se necesita trabajar más, esta relación con los padres hace posible que continúen ayudando a los adolescentes en casa. Esta relación se hace efectiva cuando el profesor esta en contacto con ellos, ya sea llamándolos por teléfono o bien, haciendo un reporte semanal de lo que se ha observado en el alumno, cómo ha sido su desempeño y los puntos que son necesarios trabajar en clase, así como información general para los padres, como su comportamiento en clase y cómo ha sido su desarrollo académico en tareas y exámenes, (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

Los alumnos con TDA/H manifiestan de diferente forma los síntomas del trastorno, a pesar de que estos pueden cambiar, siguen estando presentes, pueden ser los alumnos pasivos que no hablan, no se levantan de su lugar, no

platican, sin embargo parecen estar en otro lugar o pueden ser los alumnos que hablan demasiado, hacen preguntas fuera de lugar y que son impulsivos, ante esto, es difícil que el profesor pueda adaptar la clase a ellos, darles más tiempo para realizar las tareas o cambiarlas, puesto que no disponen de mucho tiempo para dar la clase y también se les exige cumplir con un programa, sin embargo los cambios que se puedan hacer por pequeños que estos sean, pueden ayudar a los adolescentes con TDA/H a mejorar en clase. Es por eso que el profesor debe tomar en cuenta las posibilidades de los alumnos y ayudarlos a organizarse, teniendo un cuaderno de tareas, dándole instrucciones precisas y cortas, pidiéndole que haga una tarea antes de iniciar otras, recordándole a menudo lo que debe hacer y ayudarlo si tiene alguna duda, (Christ, 2004).

Los alumnos necesitan estar motivados para trabajar y a pesar de que han crecido, también necesitan obtener recompensas para seguir trabajando o que los motiven a hacerlo, es por eso que el profesor es el responsable de dotar las recompensas cuando el alumno tenga conductas positivas, además de no ignorar las conductas indeseables y manejar la disciplina de una forma adecuada, esto es dejar a un lado la aplicación de castigos e imponer consecuencias razonables ante las conductas inadecuadas y usar refuerzos positivos para mejorar las conductas adecuadas. Es común que los profesores tiendan a discutir con ellos, terminando por mandarlos a la dirección o a que les apliquen algún reporte, o simplemente sacarlos de la clase, sin embargo se olvidan que son personas con las cuales se puede dialogar y llegar a algún acuerdo, De la Garza (2006) menciona que es recomendable hacer un contrato escrito con los alumnos en el que él se comprometa, firmemente y acepte comportarse de una forma determinada y aceptar las consecuencias del incumplimiento de éste.

Es tarea del docente como responsable de la educación del estudiante con TDA/H involucrarse en todo momento con su alumno, ayudarlo a adaptarse y satisfacer sus necesidades educativas. La forma en que el docente lo haga, va repercutir en la vida escolar del estudiante y posteriormente en su vida en general.

Partiendo de lo anterior, el siguiente capítulo propone un taller de sensibilización y entrenamiento conductual dirigido a los maestros que tienen alumnos adolescentes con TDA/H, con el objetivo de dotarlos de habilidades y técnicas que puedan utilizar en su salón de clases y adecuar a su contexto para mejorar el desarrollo académico de sus alumnos.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MANEJO CONDUCTUAL PARA MAESTROS DE ADOLESCENTES CON TDA/H.

Pudimos darnos cuenta desde el capítulo anterior, el papel primordial que los maestros cumplen en el trabajo con sus alumnos con TDA/H, en su niñez y adolescencia. Sin embargo, como lo dice Santos y Bausela (2007), el Déficit de Atención con Hiperactividad es un tema que socialmente y en la escuela se enmarca en muchas ocasiones en creencias irracionales o mitos que refuerzan una serie de tabúes, que generalmente no encuentran espacios objetivos para su esclarecimiento, reflexión y atención.

Es bien sabido que la mayoría de los profesores no saben cómo manejar y comportarse con sus alumnos que padecen este trastorno, Beltrán Guzmán (1999) dice que el conocimiento y las actitudes de los docentes resultan de vital importancia para el trato y atención óptima de los adolescentes con esta clase de problemas, ya que las percepciones y juicios a priori que se hacen de sus alumnos pueden estar determinados por un halo de prejuicio que repercute en que esta experiencia no sea enriquecedora y que los alumnos no se desenvuelvan de manera adecuada en sus relaciones sociales y su desarrollo académico. Por esto es importante crear las condiciones óptimas de reflexión y confrontación para que los profesores expresen sus inquietudes, temores y tabúes respecto al adolescente hiperactivo, a partir de una actividad que elimine la censura y la marginación, (Santos y Bausela, 2007).

Debido a esto y porque a menudo los profesores se enfrentan ante un gran reto al no saber tratar a sus alumnos con este trastorno, este capítulo se concentra en una propuesta de taller que en primer lugar buscará sensibilizar a los profesores sobre el trastorno que presentan sus alumnos adolescentes, con el fin de que comprendan su situación y que puedan entender que no es el hecho de

que los adolescentes se comporten de la forma en que lo hacen porque lo desean sino por el hecho de que no pueden controlar sus conductas. De esta manera podrán acercarse a ellos sin prejuicios o molestia y así mismo podrán ayudarlos para que se adapten y se desarrollen efectivamente en su ambiente escolar.

Un objetivo más de esta propuesta de taller se refiere al entrenamiento de los profesores para que desarrollen habilidades para trabajar con sus alumnos en el salón de clases y así mejoren académicamente y en la dinámica de clase.

Numerosos estudios han apoyado la eficacia de una amplia gama de intervenciones para estudiantes con TDA/H, la mayoría de ellos se ha basado en el manejo de contingencias desde la perspectiva conductual, tomando en cuenta también los antecedentes, modificaciones en la asignación de tareas y en el ambiente físico del salón de clases. Estas últimas incluyen la atención contingente del maestro tanto positiva como negativa, la instrumentación de una economía de fichas en el salón de clases y el control de las contingencias en casa. Otras estrategias de intervención conductual incluyen tiempo fuera, reforzamiento positivo (Abramowitz, 1999 en Beltrán, 1999).

El taller tiene como objetivo el sensibilizar a los docentes y facilitar el desarrollo de habilidades en el manejo conductual de sus alumnos adolescentes con TDA/H en el salón de clases.

Para lograr lo anterior, el taller tendrá las siguientes características:

Características del Facilitador del Taller

- Es necesario que el facilitador que estará a cargo del taller sea un profesional, un psicólogo, ya que es preciso que tenga amplio conocimiento del TDA/H así como de técnicas de sensibilización, dinámica de grupos al igual que de técnicas de manejo de contingencias y reforzamiento.
- Tenga habilidades para trabajar y entrenar a docentes, esto es dinamismo, actitud respetuosa y abierta.

Características del grupo

- Para participar en el taller, los participantes deben ser maestros de secundaria interesados en el tema.
- El grupo estará formado por mínimo 10 docentes y un máximo de 20.

Condiciones materiales

- El escenario del taller será un salón, iluminado y ventilado, con suficiente espacio para las dinámicas y actividades, así como mesas y sillas para los participantes.

Duración de las sesiones

- Del bloque 1 al bloque 5 el taller se realizará al inicio del ciclo escolar, estos bloques constan de 25 sesiones, cada una con duración de 2 horas aproximadamente, pudiéndose realizar en dos semanas de 5 horas por día.
- El Bloque que es el de "Seguimiento" se llevará a cabo en una sesión de 4 horas, cada tres meses después del cierre del taller, hasta el final del ciclo escolar.

Contenidos Temáticos

Bloque 1 Integración del Grupo, Encuadre y Pre-evaluación

- 1.1 Presentación y Dinámica de Integración
- 1.2 Exposición de la Dinámica de Trabajo
- 1.3 Preevaluación

Bloque 2 Exposición Teórica del TDA/H

- 2.1 Definición y características del TDA/H
- 2.2 Clasificación del TDA/H
- 2.3 Etiología del TDA/H
- 2.4 Diagnóstico y Evaluación
- 2.5 Consecuencias del TDA/H: En los ámbitos social, familiar y escolar
- 2.6 Tratamiento del TDA/H
- 2.7 Trastornos Asociados
- 2.8 El Adolescente con TDA/H

Bloque 3 Sensibilización al Trabajo con Adolescentes con TDA/H

- 3.1 Mi definición del TDA/H
- 3.2 ¿Cómo es el adolescente con TDA/H?

3.3 ¿Cuál es el papel del docente con un adolescente con TDA/H en clase?

3.4 Mitos y Realidades del TDA/H

3.5 Características Positivas de los adolescentes con TDA/H

3.6 Expectativas del alumno con TDA/H.

Bloque 4 Entrenamiento en Habilidades y Estrategias en el manejo e el Aula y con la Familia

4.1 Control del nivel de Distractores y Control ambiental

4.2 Comunicación y Relación del Docente con el adolescente con TDA/H

4.3 Planificación de Tareas y Trabajo en Clase: Control de Estímulos, Modelado, Reforzamiento, Asignación de Tareas.

4.4 Manejo de Disciplina: Economía de Fichas, Costo de Respuesta, Reforzamiento Diferencial

4.5 Estrategias para el trabajo en clase

4.6 Relación y Trabajo con Padres: Reuniones y Reportes de conducta.

Bloque 5 Cierre y Post-evaluación

5.1 Post- evaluación

5.2 Mesa redonda, Cierre del Taller y Despedida

Bloque 6 Seguimiento

6.1 Prácticas y Retroalimentación de Resultados Obtenidos

- Reporte de resultados obtenidos durante el ciclo escolar
- Retroalimentación
- Dudas y ensayo conductual

6.2 Trabajo Multidisciplinario, con padres y alumno

- Reporte de resultados obtenidos con los padres
- Retroalimentación
- Dudas

6.3 Cierre y Despedida

La siguiente tabla es una carta descriptiva de cada uno de los bloques que conforman el taller, conteniendo la temática a abordar y los objetivos para cumplir en cada una de las sesiones, así como el desarrollo de las sesiones y los materiales necesarios.

TABLA DE LAS SESIONES DE TRABAJO

SES.	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIALES
BLOQUE 1				
1	Presentación y Dinámica de Integración	Los participantes se conocerán e integrarán como grupo a través de actividades grupales de confianza.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo y bienvenida, elaboración de Gafetes: Cada participante elaborará un gafete con su nombre utilizando marcadores y tarjetas. ▪ Dinámica de presentación "Mas bien Soy" (Anexo 1) ▪ Dinámica de Confianza "Collage" (Anexo 2) ▪ Cierre de la sesión con la dinámica "Abrazos" (Anexo 3) ▪ Para despedir la sesión, los participantes comentan cómo se sintieron durante la dinámica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarjetas blancas ▪ Marcadores ▪ Hoja de trabajo "Mas bien soy" ▪ Lápices ▪ Cinta Adhesiva ▪ Tijeras ▪ Pegamento ▪ Recortes de revistas ▪ Cartulinas ▪ Papeletas pequeñas
2	Encuadre	Los participantes conocerán los objetivos y la dinámica del taller.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo y bienvenida. ▪ Después del saludo, el facilitador del taller expone los objetivos del taller y la dinámica de trabajo de éste. ▪ Juntos elaboran un reglamento del taller en el que todos estén de acuerdo. ▪ Los participantes escribirán sus expectativas y objetivos sobre el taller. ▪ Para cerrar la sesión, cada uno de los participantes expondrá las expectativas del taller y lo que hará para lograrlas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lápices ▪ Hojas Blancas
3	Pre-evaluación	Los participantes responderán a un cuestionario de evaluación sobre el TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo y bienvenida, el facilitador da una breve explicación del cuestionario que se aplicará. ▪ Aplicación del cuestionario de Pre- evaluación (Anexo 4) ▪ Para cerrar la sesión se hará una mesa redonda donde los profesores podrán exponer sus dudas y opiniones sobre la evaluación y el taller en general. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionarios de Pre-evaluación (Anexo 5)

BLOQUE 2

4	Definición y Características del TDA/H	Que el docente conozca la definición del TDA/H y sus características, dándoles la oportunidad de contrastarlos con los conocimientos que ya manejaban sobre él.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Cada participante escribirá una definición del TDA/H de acuerdo con sus conocimientos. ▪ Posteriormente el facilitador expondrá la información teórica sobre las características y definición del TDA/H. ▪ El docente podrá analizar las diferencias entre los que escribió sobre el TDA/H y lo que el facilitador dijo. ▪ Para cerrar la sesión los participantes comentan sobre lo que analizaron. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lápices ▪ Hojas Blancas
5	Clasificación del TDA/H	Que el docente conozca las formas en las que se clasifica el TDA/H	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se divide al grupo en tres equipos, y se les asigna un lugar para trabajar. ▪ A cada uno de los equipos se le asigna una hoja diferente que contiene información sobre las características de cada una de las clasificaciones del TDA/H (Anexo 5). ▪ En una mesa aparte, se disponen diversos materiales como marcadores, recortes de revistas, pegamento, tijeras, y rotafolios, con el fin de proporcionarles materiales para que trabajen en una exposición del tipo de TDA/H que les tocó. ▪ Por equipos se hace una exposición de cada una de las formas de TDA/H. ▪ Además de una representación de un ejemplo de comportamiento de este tipo de alumno en clase. ▪ Para cerrar la sesión en grupo se comenta la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas con Información sobre cada una de las clasificaciones del TDA/H ▪ Marcadores ▪ Tijeras ▪ Pegamento ▪ Recorte de revistas ▪ Rotafolios
6	Etiología del TDA/H	Que el docente conozca las causas que explican el origen del TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador expone los factores que causan el TDA/H tanto aquellos de origen biológico como los de origen Psicosocial. ▪ Posteriormente cada uno de los participantes realiza un mapa mental del tema y aquellos que lo deseen lo muestran a la clase. ▪ Se comenta la sesión del día y se comparten opiniones para cerrar la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lápices ▪ Plumas ▪ Hojas blancas ▪ Colores

7	Diagnóstico y Evaluación del TDA/H.	El docente conocerá los factores involucrados en el diagnóstico y la evaluación de una persona con TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se hace la exposición teórica sobre el tema referente a la evaluación y al equipo encargado de realizarla. ▪ Se muestra algunos instrumentos como entrevistas y cuestionarios así como los criterios diagnósticos que comúnmente se emplean (Anexo 6). ▪ Se explica la forma de su utilización a medida que los docentes van viendo los instrumentos. ▪ Como cierre de la sesión se aclaran dudas y se escuchan opiniones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentos para evaluación y diagnóstico del TDA/H.
8	Consecuencias del TDA/H.	Que los docentes conozcan la forma en que el trastorno afecta la vida del alumno con TDA/H no sólo en la escuela sino en diversos ambientes de su vida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador hace una introducción al tema. ▪ El grupo se divide en tres equipos cada uno hará una lista de las consecuencias del trastorno en uno de los diferentes ambientes: escolar, familiar y social. ▪ Cada uno de los equipos expone lo que trabajó, se comenta y con las participaciones de los demás se enriquece la lista. ▪ Para cerrar la sesión se hace una reflexión sobre el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas blancas ▪ Lápices
9	Tratamiento del TDA/H	Que el docente conozca los diferentes tipos de tratamiento para el TDA/H, los más utilizados así como los de mayor efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ En una mesa redonda, el facilitador pide a los participantes que compartan sus conocimientos o experiencias sobre los tipos de tratamiento para el TDA/H. ▪ El facilitador hace una exposición sobre cada uno de los tipos de tratamiento, pidiendo la participación de los docentes para poner atención a los aspectos positivos y negativos de cada uno de los tratamientos. ▪ Después el facilitador pide que los participantes contesten la siguiente pregunta: ¿Quién es el encargado de administrar el tratamiento? Guiándolos para que se concluya que su labor forma parte en el tratamiento del TDA/H. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarrón ▪ Marcador

10	Trastornos Asociados	Que el docente adquiera el conocimiento de que el TDA/H puede presentarse no solo de manera aislada, sino que existen otros trastornos que pueden estar junto con éste y que aumentan su complejidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador inicia la sesión presentándoles el caso de un alumno con TDA/H además de otros trastornos relacionados (Anexo 7). ▪ Posteriormente pide a los participantes que comenten si las conductas que el alumno presenta se debe solo a los síntomas del TDA/H. ▪ El facilitador hace una exposición de los trastornos asociados al TDA/H. ▪ Los participantes expresan sus dudas y opiniones para cerrar el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caso de TDA/H asociado con otros trastornos.
11	El TDA/H en la Adolescencia.	Que el docente conozca cómo se desarrolla el TDA/H en la adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador da una introducción del tema a los participantes. ▪ Se les reparte una hoja con la clasificación del TDA/H en los adolescentes (Anexo 8) y se analizan conjuntamente. ▪ El facilitador expone el tema de “El adolescente en el aula regular de clase” pidiéndoles a los participantes que compartan sus experiencias. ▪ Se hace el cierre del taller, llegando a una conclusión sobre el tema que se trato. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja con información sobre la clasificación del TDA/H en la adolescencia
BLOQUE 3				
12	Mi Definición de TDA/H	Que el docente analice la diferencia entre sus definiciones sobre el TDA/H después y antes de tener información sobre él.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El docente describirá una nueva definición del TDA/H, tomando en cuenta los nuevos elementos adquiridos en el bloque anterior. Posteriormente analizará las diferencias entre la definición anterior y la actual. ▪ Posteriormente se forman parejas y se les pide que platicuen al respecto de lo que escribieron, las diferencias que encontraron en sus definiciones y también si hay alguna forma en la que ven a los alumnos con TDA/H, cómo los perciben después de tener más información sobre ellos. ▪ Para finalizar la sesión cada pareja compartirá al grupo lo que analizó y junto con el 	

			<p>facilitador se concluye sobre la importancia de la información y conocimientos antes de los prejuicios y la desaprobación.</p>	
13	El Adolescente con TDA/H	Que los participantes conozcan con más detalle las características de los alumnos adolescentes con TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador inicia la sesión diciendo a los participantes que les contará un cuento al cual deben prestar atención para que puedan resolver un ejercicio que se aplicará al concluir el cuento (Anexo 9). ▪ Mientras el facilitador cuenta el cuento va presentando algunos distractores, como música con alto volumen, una persona externa entrando al salón e imágenes (Anexo 10) que no tienen relación con el cuento. ▪ Al finalizar el cuento, se entregará el cuestionario (Anexo 11), dándoles el tiempo justo para que respondan. ▪ Se intercambian los cuestionarios y se califican. ▪ Se hace una mesa redonda para que cada uno exprese cómo se sintió al estar en el lugar del adolescente, y como les fue en la ejecución de la tarea. ▪ El facilitador hace una exposición sobre las características de los adolescentes con TDA/H, y entrega a los participantes una hoja con la clasificación del TDA/H en la adolescencia (Anexo 8), se lee en grupo, se analiza y se enriquece con la experiencia de los docentes. ▪ Para cerrar el taller, se hace hincapié en la importancia de comprender a los alumnos y ponerse en su lugar, librándose de prejuicios y sentimientos negativos hacia ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuento ▪ Cuestionario ▪ Grabadora ▪ Imágenes
14	El papel del docente con los alumnos con TDA/H.	Que el profesor reconozca la importancia de su rol en la educación y tratamiento de los alumnos con TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Cada uno de los profesores recibe una carta escrita por un niño con TDA/H (Anexo 12). ▪ El facilitador les pide que las lean y reflexionen sobre ella, y en su papel como profesores de estos niños y la importancia de su ayuda y guía para ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobres ▪ Hojas blancas ▪ Plumas ▪ Carta

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posteriormente se les pide que expresen lo que sintieron al leerla, si están de acuerdo en que es su labor. ▪ Posteriormente se les pide que respondan la carta y aquellos que deseen compartir lo que escribieron, leerán la carta a los demás. ▪ Se finaliza la sesión pidiéndoles que conserven la carta para recordar su compromiso con sus alumnos. 	
15	Mitos y Realidades del TDA/H	Que los docentes conozcan que existe información que se maneja sobre el TDA/H y que no es real ni confiable, así como aquella que si lo es.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Para iniciar la sesión se divide al grupo por parejas y a cada una de ellas se le da una hoja de papel con un mito sobre el TDA/H. ▪ Por parejas los participantes recrearán una escena que muestre uno de los mitos que se manejan sobre los alumnos con TDA/H en el salón de clases. Después se analiza cómo se sintieron al ponerse en el lugar del alumno. Y se compara con la información real del tema. ▪ Para finalizar la sesión cada uno de los participantes expresa lo que sintió en la actividad del día, si había mitos que ellos consideraban reales y como ha cambiado su percepción de los alumnos con TDA/H. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas con información sobre los mitos del TDA/H(Anexo 13).
16	Características Positivas de los adolescentes con TDA/H	Que los docentes conozcan los aspectos positivos de los alumnos con TDA/H y como los pueden tomar en cuenta para mejorar el trabajo en clase.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador pide a los docentes que cada uno piense en sus experiencias con sus alumnos con TDA/H y haga una lista con las características negativas de los alumnos con TDA/H y otra de las positivas. ▪ Se le pide a los docentes que expresen cómo se sintieron al realizarlas y cuál fue más fácil de hacer. ▪ Después se divide al grupo en parejas, y cada participante describe a su compañero y lo presenta a la clase, nombrando solo características negativas de él. ▪ Después en grupo y junto con el facilitador, expresan cómo se sintieron de ser juzgados solo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas blancas ▪ Plumaz

			<p>por algunas de sus características negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El facilitador hace una introducción al tema, haciendo hincapié sobre cómo en ocasiones es más fácil poner atención a los aspectos negativos de sus alumnos con TDA/H, y les entrega una lista con las características positivas de los alumnos con TDA/H (Anexo 14). ▪ Se divide al grupo en tríos y se les pide que escojan una característica positiva y trabajen con ella para crear una estrategia para desarrollar un tema tomando en cuenta esa característica en uno de sus alumnos con TDA/H. ▪ Para finalizar la sesión se les pide que expongan lo que trabajaron y cómo se sintieron. 	
17	Expectativas de los alumnos con TDA/H.	Que el docente reconozca cuáles han sido las expectativas que ha tenido de sus alumnos con TDA/H y que analice si son realistas o no.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Al inicio de la sesión se dispone al grupo en círculo y se les pide que siguiendo los patrones de conversación (Anexo 15) expresen experiencias que muestren sus opiniones y enriquezcan el tema. ▪ Posteriormente el facilitador les pide observen una serie de imágenes de personas que les mostrará, estas serán personas famosas y exitosas en diferentes ámbitos. ▪ Los docentes compartirán lo que saben de ellas y si las consideran exitosas. ▪ Después el facilitador explicará que todas tienen TDA/H y cómo cada uno de ellos consideran que la guía de sus profesores u otras personas los ayudó a alcanzar el éxito. ▪ Para cerrar la sesión se hace una reflexión sobre la importancia de la guía y ayuda de los profesores para que los alumnos sean personas de éxito y la importancia que éstos tengan grandes expectativas pero siempre reales de sus alumnos con TDA/H. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de patrones de conversación ▪ Imágenes de personajes famosos (Anexo 16)

		BLOQUE 4		
18	Control del nivel de distractores y del Ambiente	Que el docente identifique los estímulos del medio relacionados con los problemas de comportamiento para que pueda modificarlos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador hace una introducción sobre el tema de los distractores en el ambiente. ▪ Se les pide que de acuerdo a lo que se explicó, cada uno piense en los estímulos que se encuentran en su salón y que pueden afectar el trabajo en clase para sus alumnos. ▪ Se les da una hoja con las estrategias de localización descritas por De la Garza. Se analizan en grupo. ▪ Y se les pide a cada uno que analice la disposición y ubicación de su alumno en la clase y que mediante hojas, lápices y colores, planeé y reorganice la disposición ambiental de su salón con el fin de neutralizar posibles respuestas de distracción y mal comportamiento. ▪ Para el cierre del taller, se les pide que expresen sus opiniones y dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja con estrategias de localización (Anexo 17) ▪ Hojas Blancas ▪ Colores ▪ Lápices
19	Comunicación y Relación del Docente con el adolescente con TDA/H	Que el docente reconozca la importancia de tener una buena comunicación con el alumno así como que desarrolle estrategias para llevarlas a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador inicia la sesión con una introducción al tema y las ventajas de una buena comunicación en el salón entre el docente y los alumnos y en especial el alumno con TDA/H. ▪ A continuación se divide al grupo en dos equipos por turnos van contestando o realizando alguna actividad que el facilitador diga. Cada equipo dispone de un minuto para contestar o realizar la actividad si no lo hace, el otro equipo tendrá la oportunidad de hacerlo y avanzará las casillas en el tablero. ▪ El equipo que llegue primero a la meta será el ganador. ▪ Al final el grupo expresa lo que aprendió y qué pudo concluir de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero con casillas (Anexo 19) • Tarjetas con actividades y preguntas (Anexo 18)

20	<p>Trabajo en clase:</p> <p>Metodología para dar la clase</p>	<p>Que los participantes conozcan las técnicas que pueden emplear para que la forma de dar su clase, sea efectiva para sus alumnos con TDA/H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador hace una explicación de las recomendaciones generales sobre la metodología para dar clases que favorecen el proceso de aprendizaje de los adolescentes con TDA/H. ▪ La primera recomendación es la que habla de cómo se dan las instrucciones. Después de la explicación de ésta, tres voluntarios toman un trozo de papel al azar el cual tendrá una instrucción que deberá presentar a la clase con las características antes dadas. Los demás retroalimentarán la ejecución. ▪ La siguiente recomendación tiene que ver con la explicación de los contenidos académicos. Donde los profesores que quieran participar expondrán la forma adecuada de hacerlo de acuerdo a lo que se explicó. Se pedirá la retroalimentación de sus compañeros. ▪ La última recomendación es sobre la asignación de deberes y tareas. Después de explicadas las características. Así mismo los voluntarios pasarán a dar un ejemplo y recibirá ayuda y retroalimentación de los demás participantes. ▪ Se revisarán otros elementos que pueden ser útiles como los registros y contratos para facilitar la tarea (Anexo 22). ▪ Se hace una conclusión del tema y se analiza si los elementos pueden ser útiles de acuerdo a su experiencia, para finalizar la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendaciones Generales (Anexo 20) ▪ Tarjetas con situaciones para llevar a la práctica (Anexo 21) ▪ Formatos de Registros y Contratos
21	<p>Trabajo en Clase: Ejes para fomentar el comportamiento adecuado</p>	<p>Que los docentes conozcan herramientas útiles para el control de la conducta de los adolescentes durante la clase</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ Se hace una explicación de los principios básicos de las siguientes estrategias de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión constante ▪ Tutorías individualizadas ▪ Uso de herramientas para el control del comportamiento: Refuerzo positivo, extinción y 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarjetas con situaciones diarias para el ensayo conductual (Anexo 23)

			<p>tiempo fuera.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Después se hace un ensayo conductual de situaciones diarias, pidiéndoles a los profesores que participen voluntariamente. ▪ Se hace retroalimentación de cada una de las participaciones. ▪ Para cerrar la sesión se discute y concluye la utilidad de estas herramientas en clase. 	
22	Trabajo en clase: Manejo de la disciplina en el salón de clases	Que el docente conozca la importancia y la forma de establecer las reglas y los límites en el salón de clases.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador nombra situaciones determinadas de mala conducta y pide a los participantes que expresen lo que hasta ahora han hecho para limitar o reprender a sus alumnos cuando las efectúan. ▪ Se analiza su efectividad así como sus consecuencias. ▪ El facilitador expone el tema del manejo de la disciplina en el salón de clases. ▪ Se divide el grupo en 5 equipos y se les da una lista de recomendaciones para algunas situaciones específicas, se les pide que discutan su efectividad y la posibilidad de aplicarlas cuando lo crean conveniente. ▪ Se hace el cierre de la sesión pidiéndoles que expresen sus opiniones y lo que aprendieron. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista con situaciones de mal comportamiento (Anexo 24) ▪ Lista de recomendaciones (Anexo 25)
23	Relación y Trabajo con Padres	Que los profesores comprendan que es importante estar en contacto con los padres con el fin de trabajar conjuntamente para lograr mejoras en el alumno.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo ▪ El facilitador expone la importancia de la relación que deben mantener con los padres de los adolescentes con el fin de que el trabajo en clase también sea efectivo. ▪ Se les plantean las siguientes posibilidades: llamarlos por teléfono, reuniones de maestro, estudiante y padres, Comunicación a través de un reporte de trabajo y de conducta diario o semanal, conversación con el director de la escuela y el profesor. ▪ Por equipos cada uno discute las ventajas y desventajas y las expone al grupo. ▪ Se concluye las formas más efectivas y con mayores ventajas para mantener una 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja para escribir ventajas y desventajas ▪ Plumas ▪ Lápices

			<p>relación adecuada con los responsables de la educación del estudiante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cierra la sesión comentando dudas y experiencias. 	
			BLOQUE 5	
24	Post-evaluación	Que el docente responda un cuestionario de evaluación sobre el TDA/H.	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Se aplica el cuestionario de Post-evaluación • Los participantes comentan cómo se sintieron durante el cuestionario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario
25	Cierre del taller y Despedida		<ul style="list-style-type: none"> • Cada participante analiza y comparte con el grupo si sus expectativas fueron cumplidas, así como sus objetivos. • Se hace entrega de una constancia de cada uno de los docentes por su participación en el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constancias de participación (Anexo 26)
			BLOQUE 6	
26	Práctica y Retroalimentación de Resultados Obtenidos	Hacer un seguimiento del trabajo de los docentes con sus alumnos cuando ya ha empezado el ciclo escolar y analizar sus resultados obtenidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo • Se da la bienvenida a los profesores y se hace una pequeña introducción de cómo será la dinámica de trabajo. • Cada uno de los docentes expone lo que ha trabajado y los resultados que su trabajo le ha dado con los alumnos en clase. • Sus compañeros y el facilitador retroalimentan su trabajo. • Cada docente escribe en una hoja una situación que haya sido difícil trabajar con su alumno. Y la pone en una caja. • Después el facilitador va sacando una a una las hojas y las lee a la clase. En grupo se discute y se analiza la situación para encontrar la solución. • Y voluntariamente los profesores pasan a representar las situaciones y la forma de trabajo deseado. • Los compañeros expresan sus opiniones y se hace una crítica constructiva, resaltando los aspectos positivos y dando recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una caja ▪ Hojas de papel ▪ Plumas

			<ul style="list-style-type: none">• Posteriormente los maestros exponen cómo ha sido el trabajo con los padres de los alumnos, los aspectos positivos y las complicaciones que se han presentado.• El facilitador responde las dudas y hace sugerencias de trabajo. Los compañeros dan sus opiniones y experiencias al respecto.• Se hace el cierre del taller y la despedida.	
--	--	--	--	--

CONCLUSIONES

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H) no es un fenómeno reciente, desde hace años se le ha estudiado buscando conocer su origen, así como los síntomas que lo describen, con el fin de explicar su etiología y los síntomas que lo describen para lograr su mejor análisis y comprensión. Desde el inicio de su estudio hasta la fecha han habido más de 80 denominaciones para referirse a este trastorno, lo que complicó el estudio de sus causas y realizar su diagnóstico, es por esto que desde 1994 se le conoce como TDA/H, lo que facilita su estudio y permite que existan cada vez más personas que tienen conocimientos sobre él.

En la actualidad, se han dado cambios y avances en conocimientos sobre el trastorno, numerosas investigaciones encaminadas a tener nuevos conocimientos y tratamientos son efectuados, es por eso que en la actualidad existen muchos tratamientos alternativos, como los relacionados a programas alimenticios o tratamientos con animales, sin embargo de ellos no se tiene certeza de su efectividad, y es aquí donde recae la importancia de la implementación de programas para dotar de información concerniente al tema a profesionales y a la sociedad en general.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en todos los aspectos del tema, aún existen personas que no tienen acceso a esta información, padres e incluso algunos profesionales que están en contacto con estos niños, como son los maestros quienes muchas veces siguen señalando a este tipo de personas como problemáticas, rebeldes, despistadas o flojas, negándoles la oportunidad de desarrollarse plenamente sin ser rechazados debido a la falta de conocimiento del trastorno que padecen. Muchos niños y adolescentes no son diagnosticados, los padres se culpan por su comportamiento poniendo en duda su forma de crianza, los maestros los rechazan y los etiquetan como flojos, los afectados con este trastorno se frustran debido a la incapacidad de tener logros en la escuela y con su familia. Cada año en nuestro país existe un gran número de niños y

adolescentes que abandonan la escuela y no siguen con sus estudios porque son incapaces de seguir la dinámica de las clases y cumplir con las exigencias educativas que las escuelas y los profesores demandan.

Es por lo anterior que si el diagnóstico es efectuado a tiempo, durante la infancia puede darse a los adolescentes y adultos una mejor calidad de vida, y la oportunidad que en la escuela y en la sociedad consigan logros que repercutan en su vida adulta. Ya que como nos dimos cuenta, anteriormente se pensaba que el TDA/H era un trastorno característico de la niñez, hoy es bien sabido que este permanece a lo largo de sus vidas. Ya que durante la adolescencia, aunque los síntomas tienden a cambiar, estos no desaparecen, puede cambiar su frecuencia o su forma, sin embargo están ahí y un correcto diagnóstico y tratamiento previene que los adolescentes tengan una afectación mayor, ya que además de las consecuencias de tener TDA/H, la adolescencia por si sola trae cambios físicos y emocionales, así como demandas sociales de pertenencia y de búsqueda de una individualidad.

Cuando los adolescentes con TDA/H están en la secundaria, lidiar con la dinámica escolar se complica ya que se dan muchos cambios en cuanto al número de profesores y materias, si los profesores desconocen la naturaleza del trastorno, de la imposibilidad de los adolescentes para regular su comportamiento y que no es que ellos elijan no poner atención, no terminar la tarea o distraerse con gran facilidad, el futuro académico de los adolescentes con TDA/H no será alentador.

Es aquí donde recae la importancia de crear conciencia en los profesores, acerca de este problema, que es de gran magnitud, que afectó al adolescente en la niñez, que lo está afectando ahora y que lo afectará en la vida adulta en la medida en que sus dificultades se puedan tratar. Es por esto que crear conciencia de la naturaleza del trastorno, sus causas biológicas y fisiológicas, sus consecuencias en la vida familiar, social y en la escuela, es una medida necesaria que se debe tomar, a través del análisis del rol de su profesión y su obligación como profesores de estos adolescentes, de una manera directa y evidente,

dotándolos de lineamientos para que puedan actuar en el escenario del que están a cargo y con ello mejorar no solo esa área sino también ayudar al adolescente de forma integral siendo parte de un equipo de profesionales que tratan a los niños y adolescentes con TDA/H, en diferentes áreas para lograr una mejora completa.

El taller que se propuso, abarcó los niveles en que un maestro puede actuar y cumplir con su obligación con los adolescentes con TDA/H, creando conciencia y sensibilizándolos acerca del trastorno que afecta a sus alumnos, para evitar considerarlos como personas que pueden controlar su conducta y que puede coordinar por si solo cada una de sus acciones, sino que la etiología del trastorno no permite que lo haga. Sin embargo también tiene que considerarlo como una persona que tiene un coeficiente intelectual normal, que su trastorno no implica un retraso mental y que conservan sus facultades cognitivas. Así como muchas características positivas que permite trabajar con ellos y que puedan tener éxito en su vida académica.

Además que facilita la adquisición de habilidades para el manejo de los alumnos con TDA/H, en el salón de clases y en la realización de tareas, ofrece a los maestros lineamientos y recomendaciones específicas útiles para situaciones que pueden presentarse en la escuela y diariamente en clase. Lo que es de gran ayuda para estos alumnos que necesitan de una guía y de alguien que entienda y los ayude a entender su padecimiento.

Los adolescentes pasan una gran cantidad de tiempo en la escuela y el que tengan éxito en ella, los ayuda no solo en el ámbito académico sino también en la familia y con sus amigos, además de que propicia la confianza y seguridad en sí mismo. Sin embargo, la ayuda adecuada para los adolescentes con TDA/H es multimodal, profesionales de diferentes áreas deben trabajar con el adolescente, por eso el taller también propicia que el profesor mantenga comunicación y una relación adecuada con los padres y con el alumno.

La creación de este taller obedece a que una de las labores del psicólogo, como uno de los profesionales encargados de la intervención con personas con

TDA/H, es también apoyar a los docentes, compartir los conocimientos sobre el trastorno, y proporcionarles información tanto del origen, causas y síntomas del trastorno, como de la forma en que ellos pueden intervenir con sus alumnos, aportando sus conocimientos para crear conjuntamente programas de trabajo y la implementación de estrategias que ayuden a los profesores a convivir, enseñar y trabajar con un alumno adolescente con TDA/H, permitiendo que puedan tener expectativas de triunfo para ellos con su ayuda y su trabajo sin prejuicios si no con aceptación para contribuir a una mejora en la calidad de vida y al desarrollo integral de los adolescentes con TDA/H.

Los alcances del proyecto se basan en el conocimiento de que existe una basta información teórica y práctica del TDA/H, y del adolescente lo que permite tener acceso a estadísticas sobre su incidencia en nuestro país y las mejores formas en su tratamiento. Sin embargo estudios encaminados al trabajo de los profesores con adolescentes con TDA/H son muy escasos. Esto representó una limitante para basar la realización del taller en estudios comprobados.

Sin embargo, el objetivo que fue planteado pudo cumplirse, ya que con la información que existe actualmente sobre el TDA/H y los avances que se tienen en el estudio de los procesos por los que pasa el adolescente, pudimos hacer un análisis de la información que abarcó tres capítulos teóricos, que permitieron la realización del cuarto capítulo que contiene una propuesta de taller para profesores, con información relevante y seria, sobre el TDA/H así como recomendaciones y estrategias para el manejo del alumno adolescente con TDA/H lo que facilitará en los docentes la adquisición de habilidades para trabajar con ellos.

A través de este trabajo, se aporta una herramienta de trabajo importante para el psicólogo, que como especialista puede contribuir más allá de su labor con el paciente, al trabajo con el maestro. A través de esto, el docente adquiere habilidades para entender y aceptar a sus alumnos, además de estrategias para

apoyarlos en los obstáculos que se puedan presentar al educar al adolescente con TDA/H.

Un taller que brinda información y estrategias para trabajar con los alumnos diariamente en clase, pero también para aceptarlo y entender su padecimiento, sensibiliza no solo al docente, sino a los demás compañeros que ven que el alumno con TDA/H es tratado con respeto y tolerancia, esto beneficia al adolescente y a la sociedad.

Podemos concluir que el taller es una herramienta de gran valor, para todos los que están cerca de un alumno adolescente con TDA/H, para el psicólogo, para el docente, para los padres y los compañeros, sin embargo quien mas se beneficia es el alumno afectado con TDA/H, que puede percibir logros en su vida escolar, familiar y social, aceptación por parte de sus profesores, compañeros y padres, así como la ayuda de sus profesores para guiarlos en la escuela con la finalidad de que ésta represente no solo dificultades, sino éxitos.

La realización de este trabajo fue una experiencia enriquecedora, llena de aprendizaje sobre la información sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de este trastorno, sin embargo uno de los aspectos mas importantes para mi fue el que pude tener un entendimiento y aceptación de las personas con este trastorno, que para mi representa uno de los aspectos mas importantes en el trabajo con los niños y adolescentes con TDA/H, además que hace posible que otras personas contribuyan a la investigación, ya que permite que otros psicólogos puedan aplicar el taller, teniendo alternativas para hacerlo no solo en secundaria, sino en preparatoria o universidad, ya que se ofrecen pautas que benefician al alumno con TDA/H en todas las etapas de su vida.

REFERENCIAS

- Ajurriaguerra, J (1996). Manual de Psiquiatría Infantil. España: Medical/Internal Medicine.
- Álvarez, I (2004). "Los Beneficios de la Música en el Tratamiento de la Hiperactividad". Revista Mensual de Publicaciones. 51.
- American Psychiatric Association (APA), (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Elsevier-Masson
- Asociación Mexicana por Déficit de Atención y Trastornos Asociados A.C. (2008). (En red). Disponible en: <http://www.deficitdeatencion.org/newsJunio.htm>
- Barkley, R (2005). ADHD and the nature of self control. New York, USA: Guilford
- Barkley, R (2006). ADHD a handbook for diagnosis and treatment. New York, USA: Guilford Press.
- Barragán, E (2001). El niño y el adolescente con Trastorno por déficit de Atención: Su mundo y soluciones. México: Altios Editores.
- Beltran, F y Torres, I (1999). "Hiperactividad: estrategias de intervención en ambientes educativos". Enseñanza e Investigación e Psicología, 4 (1). 127-141.
- Blazquez-Almeria, G, Joseph Munné, Buron, Carrillo-González, Freile-Sánchez, (2005). "Resultados del cribado de la sintomatología del TDAH mediante la escala EDAH ". Revista de Neurología 41 (10). 586-590.
- Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2001). Manual de psicología clínica y del adolescente. Madrid: Pirámide
- Cardo, E y Servera-Barceló, M (2005). "Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad". Revista de Neurología (S1), 11-15.
- Christ, J. (2004). TDAH una guía para adolescentes. Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, AC. (En red). Disponible en: <http://www.deficitdeatencion.org/adolesc01.htm>
- De la Garza, F. (2006). Hiperactividad y Déficit de Atención en niños y Adolescentes: Guía Práctica para Médicos, Padres y Maestros. España. Trillas.

- Díaz Atienza, J (2000). TDAH. Diagnostico e Instrumentos de Evaluación. Revista de Psicología en Línea (En red). Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/instrumentos.pdf>
- Díaz, J. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Perspectiva bipsicosocial. Monografías de Psiquiatría Infanto Juvenil (En red). Disponible en: <Hhttp://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/Hiperactividad.pdf>
- Dykman, R (2005). Attention Déficit Hyperactivity Disorder. From Genes to Patients. Totowa, New Jersey: Humana Press
- Fernández Jaén, A (2006). "Trastorno por. Déficit de Atención e Hiperactividad y Retraso Mental". Revista De Neurología 47 (2). 525-527
- García Castaño, F. (1999). "Deterioro De las Habilidades Sociales en función del TDAH". Revista de Cultura y Ciencias Sociales. (21-22). 21-28.
- Garza, S. y Barragán, E. (2006). "Dificultades Comunes en el Tratamiento Integral de Niños con Problemas de Atención y Aprendizaje en México". Boletín Médico del Hospital Infantil de México, (5)
- Goldstein, S. y Goldstein, M. (1998). Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. New York, USA: Wiley and Sons, Inc.
- Gratch, L (2001). El trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHA). Argentina: Médica, Panamericana.
- Gutiérrez, J (2007). "Aplicaciones Clínicas de la Realidad Virtual en el Ámbito Escolar". Cuadernos de Medicina Psicosomatica y Pediatría (82)
- Gutiérrez, E. (2003). Adolescencia y Juventud: Concepto y características (En red). Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena, M y Peyres-Egea, C. (2002). "El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde una perspectiva actual: Orientación a padres y profesores". Revista de Psicología General y Aplicada. 56 (1). 5-19.
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R. (2002). "Etiología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una Revisión". Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 19 (1), 82-88.
- Jarque, S., Miranda, A y Tarraga, R. (2007). "Conocimiento, Concepciones Erróneas y Lagunas de los Maestros sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad". Psicothema. 19 (0004). 585- 590.

- Kirby, E. y Grimley, L. (1992). Trastorno por Déficit de Atención: Estudio y tratamiento. México: Limusa
- Menéndez, I. (2001). "Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: Clínica y Diagnostico". Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y adolescente. 4 (1). 92-102.
- Miranda Casas, A, Amado, L. y Jarque, S. (2001). Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una guía práctica. Málaga. Ediciones Aljibe.
- Moreno, I (1999). Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I (2001). "Tratamiento Psicológico de la Hiperactividad Infantil: Un programa de intervención en el ámbito escolar". Revista de Psicología General y Aplicada 54 (1), 81-93.
- Mulas, F., Mattos, L., Hernández-Muela y Gandía, R. (2005). "Actualización Terapéutica en el Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad: Metilfenidato de liberación prolongada". Revista de Neurología. (40). 1. 49-55.
- Murillo, E. y Velayos, L. (2000). Terapias Alternativas para en el Tratamiento del TDA/H (En red). Disponible en: <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/apuntate/resources/TERAPIAS-ALTERNATIVAS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. OMS CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, 1994.
- Orjales, I e Polaino Lorente, A (2004). Programas de Intervención Cognitivo Conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. España: CEPE
- Oviedo, J. (2007). TDAH. Guía Práctica para Profesores de Secundaria (En red). Disponible en: <http://www.tdah-andalucia.es/tdah/guiaprofesores.pdf>
- Ozuna, R. (2002). Terapia Asistida por Animales. Delfinoterapia. (En red). Disponible en: <http://www.faunatown.com.py/ftownpdf/ARTICULO%2020%20Terapia%20asistida%20por%20animales.pdf>
- Pliszca, S (2006). El TDAH y sus trastornos comorbidos. Asociación Peruana de Déficit de Atención (En red). Disponible en: www.deficitdeatencionperu.org/pliszka.htm
- Polaino Lorente, A. y Ávila, (2004). Como vivir con un niño hiperactivo. España: Narcea.

- Pozo de Castro, J, De la Gandara Martin, J, García Mayoral, V. y García Soto, X. (2005). "Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Boletín De La Sociedad De Pediatría De Asturias, Cantabria, Castilla Y León, 45. (193), 170-176.
- Presentación-Herrero, J, García-Castellar, Miranda-Casas, M, Siegenthaler-Hierro, Jara-Jiménez (2006). "Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados". Revista de Neurología 42 (3). 137-143.
- Rodríguez-Salinas, E (2006). "La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)" Revista Pediátrica de Atención Primaria. 8 (4). 75-98.
- Rodríguez-Salinas, E., Navas, P., González, S., Fominaya, M. y Duelo, S. (2006). "La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH)". Revista Pediatría de Atención Primaria. (8)4. 175-198.
- Ruiz, M (2004). Trastorno por Déficit de Atención, Diagnostico y tratamiento. México: Editores Mexicanos.
- Scandar, R. (2007). Tratamiento de Adultos y Adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención de Hiperactividad (TDAH). Fundación de Neuropsicología Clínica (En red). Disponible en: www.fnc.org.ar
- Silver, L. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Barcelona: Ars Medica.
- Solloa, L. (2006). Los trastornos del desarrollo psicológico en el niño. Etiología, características, diagnostico y tratamiento. México: Trillas.
- Soutullo, C (2004) Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e Hiperactividad. Madrid: Panamericana.
- Valencia, R. (2003). Dificultades Propias del TDAH: Las funciones ejecutivas. Still: Asociación Balear de padres de niños con TDAH (En red). Disponible en: http://www.still-tdah.com/pdf/Dificultades_propias_del_TDAH.pdf
- Vallejos, A (2007). "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)". Sistema Nacional del Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información 14. (24), 1-4.

ANEXOS

ANEXO 1

“Más bien soy”

Objetivo: Promover el conocimiento y comunicación intragrupal, así como establecer una ruptura de hielo, basada en la confianza de los miembros del grupo.

Materiales:

- Un salón amplio
- Hojas tamaño carta para los participantes
- Lápices, plumones y cinta adhesiva
- Hojas de trabajo para los participantes

Duración: 30 minutos

Desarrollo:

- Se solicita a los participantes que tomen una hoja tamaño carta y en forma de lista describan con ocho adjetivos, su forma de ser. El facilitador pide al grupo, que den algunos ejemplos de adjetivos para verificar que se haya comprendido.
- A continuación, se les pide que de cada uno de estos adjetivos busquen sus antónimos y hagan una segunda lista paralela a la primera. Para cada una de las listas se les da 5 minutos.
- Habiendo terminado, se les pasa la Hoja para el participante, para que vacíen sus listas en ella.
- Una vez que concluyan, los participantes leerán sus respectivas hojas a todo el grupo; cuidando que sea de manera espontánea y de uno en uno. El facilitador tiene que estar atento a no permitir preguntas o aclaraciones a propósito de la exactitud de los antónimos establecidos por cada participante.
- Al concluir esta etapa se procesa la experiencia y se llega a conclusiones.

HOJA PARA EL PARTICIPANTE

Entre esto y aquello... más bien soy...

1. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

2. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

3. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

4. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

5. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

6. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

7. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

8. Entre _____ y _____ más bien soy _____.

ANEXO 2

“Collage”

Objetivo: Promover la confianza del grupo mediante el entendimiento de las características personales de cada uno de los miembros del grupo.

Materiales:

- Plumones
- Cartulinas
- Tijeras
- Pegamento
- Recortes de revistas

Duración: 30 minutos

Desarrollo:

- El instructor entrega a cada uno de los participantes los materiales antes descritos.
- Les pide que desarrollen su creatividad en la realización de un collage, de la forma en que ellos decidan, utilizando los materiales dados, para describirse a ellos mismos.
- Una vez que han finalizados todos, cada uno de los participantes expone su collage, explicando el motivo de utilizar cada uno de los recortes.
- Al finalizar el facilitador fomenta la conversación para analizar y comentar el ejercicio.

ANEXO 3

“Abrazos”

Objetivo: Favorecer las expresiones espontaneas individuales y grupales. Así como un clima creativo a través del fomento de la confianza y la buena comunicación grupal.

Materiales:

- Bolsa negra
- Papeletas con diferentes maneras de abrazarse

Duración: 20 minutos

Desarrollo:

- El juego consiste en que los participantes se den muchos abrazos. El facilitador coloca en una bolsa negra de plástico papeletas con diferentes maneras de abrazarse, luego va leyendo una a una las papeletas cuidando que todo el grupo las realice.
- Para finalizar se establece un dialogo sobre el juego realizado.

Las papeletas con los abrazos más empleados son las siguientes:

- Formar un circulo y que cada uno se dé a si mismo un abrazo “apapachador”
- Imaginarse que tienen frente a si un árbol de tronco delgado y comenzar a abrazarlo, levantándolo y moviéndolo de un lado a otro.
- Caminar por el salón y abrazar a cuanta persona encuentres en tu camino.
- Abrazo grupal, un grupo de seis personas abraza a uno.
- Mientras se abrazan las personas cantan una canción
- Darse un abrazo sin emplear las manos
- Abrazarse y después darse un golpe de cadera mutuamente
- Darse un abrazo y chocar las manos levantadas
- Darse un abrazo y saltar simultáneamente
- Darse un abrazo e imitar el sonido de una mosca mientras lo hacen
- Un abrazo de mimo: sin llegar a tocarse
- Darse un abrazo como si no se vieran desde hace veinte años.
- Darse un abrazo y chocar con las manos bajas
- Un abrazo de apoyo, dando palmaditas en la espalda

ANEXO 4

Cuestionario De Evaluación

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDA/H)?
2. ¿Cuáles pueden ser las causas del TDA/H?
3. ¿Cuáles son las características de un alumno con TDA/H?
4. ¿Cuántos tipos de TDA/H conoce?
5. ¿Qué tipo de tratamientos existen para el TDA/H?
6. ¿Qué profesionales intervienen en el tratamiento de la persona con TDA/H?
7. ¿Cuáles son las características de un adolescente con TDA/H?
8. ¿Cuáles son las dificultades que enfrenta un adolescente con TDA/H en la escuela?
9. ¿Cuáles son las consecuencias del TDA/H en la escuela?
10. ¿Qué acciones realiza cuando un alumno con TDA/H no presta atención a sus explicaciones o a su trabajo por estar distraído o platicando?
11. ¿Qué hace para disciplinar a un adolescente que ha efectuado un mal comportamiento?
12. Un alumno que la mayoría del tiempo está callado y parece estar “en otro mundo” ¿Puede tener TDA/H?
13. ¿Qué relación debe mantener el docente con los padres y otros profesionales encargados del tratamiento del adolescente con TDA/H?
14. ¿Cuál es el papel del docente en el tratamiento del alumno con TDA/H?
15. ¿Qué expectativas tiene del alumno con TDA/H con respecto a su vida escolar?

ANEXO 5

Clasificación del TDA/H

- Trastorno por Déficit de Atención con predominio de síntomas de Inatención.

Este subtipo se diagnostica cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.

Los criterios de inatención propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) son:

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

- Trastorno por Déficit de Atención con predominio de síntomas de Hiperactividad

Diagnosticado cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

Los criterios de Hiperactividad-Impulsividad son (APA, 1994):

- Esta inquieto con las manos o los pies mientras se encuentra sentado.

- Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado (p.ej., a la hora de comer o cuando hay visitas).
- Corre o trepa en situaciones inapropiadas.
- Tiene dificultades al jugar o compartir sus juegos.
- Actúa como si estuviera “controlado por un motor con batería continua”
- Habla demasiado
- Contesta o actúa antes de que el interlocutor termine de formular las preguntas
- Tiene dificultades para esperar su turno
- Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

➤ Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad, tipo combinado

Este es diagnosticado cuando se cumplen los criterios tanto de inatención como de hiperactividad impulsividad.

El niño con un trastorno de este tipo, se mueve de un lugar a otro en momentos inapropiados, mueve las manos y los pies en exceso, se balancea y se levanta a menudo de sus silla. Acostumbra interrumpir conversaciones o actividades y suele inmiscuirse en los juegos de otros. Responde de forma precipitada incluso antes de que se termine de formular la pregunta. Tiene dificultades para dedicarse a tareas o juegos tranquilos y habla en exceso.

El comportamiento de este tipo de niño resulta molesto y a menudo, preocupa mucho por las manifestaciones de agresividad tanto en el aula como en el marco familiar.

ANEXO 6

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
NADA = 0 PUNTOS POCO = 1 PUNTO BASTANTE = 2 PUNTOS MUCHO= 3 PUNTOS

- Puntuación: Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:
NADA = 0 PUNTOS POCO = 1 P BASTANTE = 2 P MUCHO =3 P
- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:
Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutidor.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
(Continuación)

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

ANEXO 7

Cuando Nacho llegó al colegio, en segundo de primaria, nadie entendía por qué se portaba tan mal. Sus compañeros estaban hartos de él porque les insultaba continuamente y les pegaba sin motivo. Y sus maestros de ciclo inicial perdían los nervios con él porque no hacía caso y parecía no importarle las amenazas ni los castigos. No había una sola clase en la que estuviera sentado más de diez minutos seguidos, y parecía no entender las indicaciones de los maestros. A veces, durante la hora del recreo, insultaba con palabrotas no propias de su edad y tiraba piedras a las señoras de la limpieza, y otras veces se colaba en el edificio de la dirección del colegio para hacer cualquier travesura. Llegó a defecar en medio de la pista de fútbol del colegio, en la hora del patio, delante de todos; y también orinó a en la toalla de un compañero. Luego se arrepentía y pedía perdón, pero más tarde volvía a repetir su conducta. Esto le hundía su autoestima porque se sentía como un niño malo, culpable de todo. A menudo no sabía por qué le gritaban ni por qué le repetían que era un mal alumno, que con esa actitud tendría que quedarse en casa. Por otra parte, su tutor de segundo empezaba a darse cuenta de que cuanto más se le regañaba, más nervioso y más violento se ponía.

Fue entonces, a los siete años de edad, cuando lo llevaron al psicólogo, le diagnosticaron trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En ese momento los maestros entendieron que no se portaba mal porque era un mal educado, sino porque tenía un serio problema. Las estrategias para corregirle o educarle tendrían que ser, por tanto, muy distintas a las que se utilizaban con otros niños.

Nacho tiene tics cuando hablas con él, pues suele cerrar los ojos de golpe, y a veces le vienen espasmos en los que sacude los hombros. Saca mucho la lengua cuando pinta. También se suele tocar las orejas con agresividad porque piensa que tiene una abeja que le quiere picar. De alguna manera, él siente la abeja rondando por sus orejas. Además que manifiesta grandes enfados con una persona determinada y con efusivos abrazos momentos después. Pasó de curso con el resto de sus compañeros, que tuvieron que aceptarlo a la fuerza, al principio. Con el diagnóstico, la adaptación curricular y la medicación mejoró mucho, pero no por ello dejó de ser un alumno problemático. En cuarto de primaria Nacho dijo a su auxiliar de educación especial, que quería morirse, que tenía ganas de irse al Cielo y dejar de hacer daño a los demás. Pero el apoyo cada vez más necesario de sus compañeros le ayudó a superar esta idea y empezó a sentirse más a gusto

Aunque seguía siendo bastante duro estar con él, pues a veces te insultaba con palabrotas muy grandes o te amenazaba de darte una bofetada sin motivo, se rehusaba a hacer las tareas desafiándote de forma hostil. Sin embargo otras veces me sorprendía con una genial ocurrencia y te hacía reír a carcajadas, como el día que se presentó voluntario en la clase de español para recitar un poema y se inventó todos los gestos y todos sus compañeros se pusieron a aplaudirle de improviso, sin que el maestro lo hubiera pedido.

ANEXO 8

CLASIFICACION DEL TDAH EN LA ADOLESCENCIA

E. T Brown (en Solloa, 2006) menciona los tipos de TDA/H durante la adolescencia, los cuales son:

- TDA exteriorizado expresivo: Estos adolescentes se caracterizan por su hiperactividad física y verbal, por su impulsividad, un nivel bajo de tolerancia a la frustración, conductas riesgosas y dificultad para terminar proyectos a largo plazo. Son temperamentales y expresan sus afectos de manera efusiva. Su personalidad es extrovertida.
- TDA Dirigido al interior: estos adolescentes se distraen principalmente con sus propios pensamientos, se tragan todos sus sentimientos e inhiben su conducta. No son tan inquietos como los anteriores. Sin embargo tienen la misma dificultad para completar tareas y proyectos, generalmente tienen bajo rendimiento académico y tienden a pasar más tiempo en actividades solitarias como ver la televisión o videojuegos. Su pasatiempo favorito es soñar despiertos, muchos de ellos muestran depresión y se culpan todo el tiempo.
- TDA Estructurado: Son adolescentes perfeccionistas y organizados pudiendo llegar a ser compulsivamente rígidos. Este perfeccionismo los lleva a perderse en los detalles de la tarea o actividad. Se les dificulta controlar su temperamento y retomar una tarea después de haberla interrumpido. Son rígidos y controladores por lo que para ellos no es fácil cooperar y trabajar en equipo. Con frecuencia les sucede que se quedan atorados al realizar una actividad por que otra llamo su atención y se embeben en la nueva tarea perdiendo de vista su objetivo final.

Las características del trastorno y los síntomas que se presentan en las personas que lo padecen varía en función de la edad y de la forma en que van creciendo, del entorno en el que viven. Con frecuencia, las personas que trabajan con adolescentes con TDA/H piensan que todos los problemas que enfrentan (como rebelión, la flojera, la impulsividad, la irresponsabilidad e incluso la falta de respeto) están relacionados con este problema y no con el simple hecho de que el chico es un adolescente, cuando gran parte de estos síntomas son inherentes a la adolescencia.

ANEXO 9

Cuando el Bosque Habla

Había una preciosa montaña, toda vestida de bosques, donde convivían las ardillas, pájaros carpinteros, ruiseñores, jabalíes, entre otros muchos animales.

Al subir por la montaña se encontraba dos caminos que se dividían en una extraña forma de i griega, el camino de la derecha era una subida bastante fuerte y la vegetación era mucho más densa, el de la izquierda dominaba un valle de cerezos en flor.

Una parte del camino, el que subía, estaba alfombrado de toda clase de piedras. Cualquiera diría que estas piedras tenían vida propia, porque si uno afinaba muy bien el oído hasta podía oírlas hablar:

- *¿¡Has visto!?* Preguntó una piedra triangular a otra hexagonal con un tono de ofensa inaudita.
- *No, ¿qué pasó?* Dijo la otra casi con un bostezo, porque hacía mucho tiempo que nadie la cambiaba de sitio.
- *Han venido unos humanos y dejaron un escritorio de tres patas allí ...*
- *¿Dónde?*
- *Allíí, ¿no lo ves? En ese barranco.*

Las demás piedras prestaron más atención también, y estirándose todo lo que pudieron, observaron el escritorio de tres patas. La que dio la voz de alarma, casi se tuvo que tapar las orejas, porque todas las piedras del camino empezaron a comentar como locas a la vez, la osadía de dejar allí mismo un mueble, ¿Cómo era posible aquello? En medio de pinos añejos, y de algún que otro roble casi abuelo, yacía un viejo y destartado escritorio, que le faltaba algún cajón, la barandilla de arriba estaba suelta y maltrecha, pero que además, estaba todo rallado por la caída.

- *Qué tristeza más grande, después de tantos años de servir, de enseñar, de dar todo de mí, aquí termino mis días...*, Se quejaba el escritorio.
- *¡Eh! Qué te pasa, por qué estas lloriqueando y además recostado en mi tronco, no se por qué, me suenas conocido.*

El escritorio con un poco de timidez intentó quitarse del árbol tan grandote, pero claro solo tenía tres patas así que fue a dar de cabeza contra otro colega aunque esta vez quedó patas para arriba.

- *Ahh... No sé que hacer, es muy difícil estar aquí, me han abandonado por tener solo tres patas, mi cuarta pata no se podía reparar más, así que me tiraron, como un viejo trasto. Yo también creo sentir algo especial aquí, pero... no sé qué es con exactitud.*
- *Yo siento que tu tienes algo mío, le contestó un roble viejísimo, quizás somos parientes y todo.*
- *Anda, es verdad, tu madera es igual que la mía, y mira aquí, la forma de esta veta, aquí debajo se parece a esa tuya, aunque bien mirado la tuya es más pequeñita.*
- *¡Sí, tienes razón! Esto ha de ser porque mi padre la tenía mucho más grande. Dijo el árbol alegrándose con todas sus hojas al aire.*

Estos dos siguieron charlando como si se conocieran de hace años mientras que más arriba se podía oír:

- *¡Socorro, que alguien ponga el freno!, Gritaba tanto como podía un viejo neumático que caía rodando cuesta abajo, rebotando contra todo lo que se encontraba por el camino. Toda una estela de murmuraciones dejó detrás de sí el neumático, antes de caer redondo entre la zarzamora.*

A no muchos metros de allí, se oía otra voz lamentándose:

- *¡Ah, que cosa más repugnante! Con lo delicada que siempre he sido, con el cuidado que siempre me han tratado, con tantos placeres que he brindado... Estar aquí no es justo, todo este polvo, todas las hormigas que están subiendo por mis costados y este pajarraco que no deja de mirarme e intentar picotearme sin parar.*
- *Oiga, un poco más de respeto que yo soy un Señor Carpintero, y usted ha caído aquí, sin pedir permiso a nadie, por cierto... ¿Qué clase de cosa es usted?, Porque a decir verdad, es imposible hacer un agujero de los bonitos como yo hago. Le soltó el pájaro carpintero, restregándose el pico en su ala.*
- *Ja, Ja, Ja, Se rió. ¿No sabe quién soy? Si soy de lo más importante, y sobre todo necesaria, soy una nevera, averiada, eso sí, pero nadie me quitará mi condición de nevera de cinco estrellas. Terminó diciendo la nevera ufana, como si se estuviera mirando las uñas recién pintadas.*

Como de costumbre, el guarda forestal pasaba con su todoterreno y no le quedó más remedio que detener el vehículo. Todo el bosque se sentía agradecido por su presencia ya que él era el único que los cuidaba y protegía. El guarda prestó atención, porque oía algo fuera de lo normal, al acercarse vio una ardilla corriendo

dentro de una lavadora sin poder parar, tenía mucho miedo cuando vio la mano del hombre, pero se dejó salvar de ese martirio maratoniano.

- *Sí que corres más rápido ahora ardilla, parece que has estado entrenando mucho ahí dentro. Dijo el hombre de verde al ver como huía el animalito. ¡Buf! Buena la tenemos hoy, han dejado tirado de todo por aquí. ¡Ay, ay, ay!*

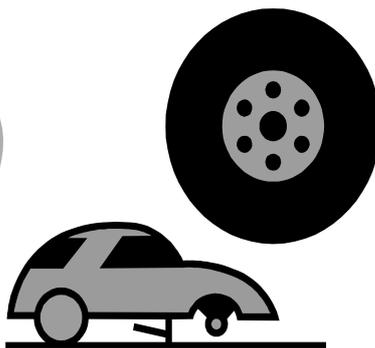
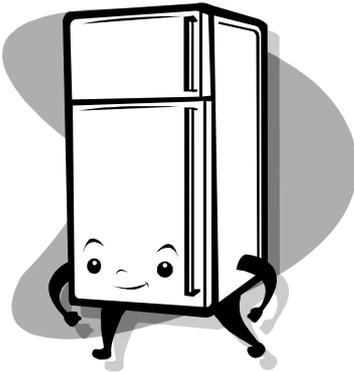
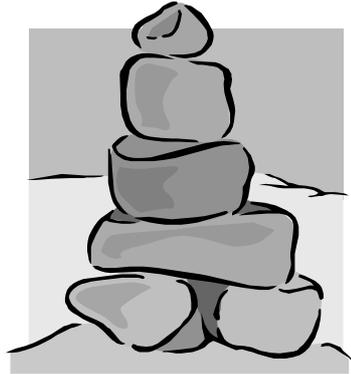
Pensaba que se estaba creando una costumbre, cuando les estorba algo o les queda viejo, no tenían mejor lugar donde ir a tirar las cosas que al bosque. Dentro de poco tendría lugar la fiesta de verano del pueblo, aprovecharía para crear una campaña de solidaridad con el bosque y reclutaría voluntarios que ayuden a limpiar el bosque.

Mucha gente de todas las edades se apuntó para ir al bosque a limpiar y los restos encontrados los pondrían, un día en la plaza del ayuntamiento para que todos puedan contemplar, y leer el cartel que decía:

¿TE GUSTARIA TENER TODO ESTO EN LA SALA DE TU CASA?

ANEXO 10

IMÁGENES PARA MOSTRAR JUNTO CON EL CUENTO





ANEXO 11

Cuestionario del Cuento

1. ¿Cuál es el título del cuento?

2. ¿De qué forma era la forma de la piedra que pudo ver primero el escritorio tirado?

3. ¿El camino estaba dividido en dos, uno por un camino alfombrado de piedras y el otro?

4. ¿En dónde estaba atrapada la ardilla?

5. ¿Qué decía el letrero que puso el guardabosque?

ANEXO 12

CARTA DEL NIÑO CON TDA/H

Maestro:

Enséñame cómo aprender y no qué aprender, enséñame a pensar y no tan solo que debo pensar. Así desarrollaré mi inteligencia y no solamente mi memoria. –

No me regañes delante de mis compañeros. Me haces sentir humillado y temeroso de ser rechazado por ellos, aceptaré mejor tus correcciones, si me las haces calmadamente y en privado. –

Señálame mis cualidades y reconoce mis habilidades. La confianza que así desarrollo en mis capacidades me anima a esforzarme y me hace sentir valioso y adecuado. –

No me insultes con palabras, ni con gestos despectivos. Me haces sentir menospreciado y sin ánimo para corregir mis faltas y debilidades. –

Ten en cuenta mi esfuerzo y mi progreso, no solo el resultado final. A veces con poco esfuerzo logro mucho... pero es más meritorio cuando pongo todo mi empeño, así logre poco. –

Nota lo que hago bien y no solo lo que hago mal!. Cuando subrayas mis éxitos y no mis fracasos, me siento motivado a seguir mejorando. –

Cuando me corrijas o disciplines, hazlo sin maltratarme física o emocionalmente. Si atacas mi persona o mi personalidad, deterioras mi autoestima y no mejoras mi disciplina. –

Confía en mí y demuéstrame tu confianza. Cuando me repites la misma cosa una y otra vez, me doy cuenta de tu desconfianza y esto me precipita a fracasar.

Trátame con cariño, cortesía y respeto. En esta forma te admiraré y, por lo tanto, desarrollaré un profundo respeto por ti. –

No me amenaces, pero si lo haces, cúmplelo. Si no cumples lo prometido, aprenderé que, haga lo que haga, siempre puedo salir eximido. –

No me ruegues ni me imploras que me porte bien. Te obedeceré cuando me lo exijas con firmeza y sin hostilidad. –

Procura hacer clases amenas e interesantes, en las que yo pueda participar. Me aburro cuando todo es rutina, sólo tu hablas y yo nada puedo aportar. –

Cuando te haga preguntas, no me digas “eso ya lo explique”. A veces tus explicaciones no son claras o suficientes para mí, si pregunto es porque quiero entender y aprender. –

No tengas preferencias. Cuando hablas a uno e ignoras a otros, deterioras nuestras relaciones y haces de mis compañeros mis enemigos. –

Cuando me criticas para corregirme, me defiendo y no acepto mis defectos. Sólo si acepto mis fallas, podré tratar de corregirlas. Ten en cuenta que aprendo más de quien me desprecia. –

No aceptes mis excusas ni mis ruegos por el incumplimiento en mis tareas. Cuando debo asumir las consecuencias de mis faltas, aprendo a responsabilizarme por mis deberes. –

Escucha lo que te digo con atención e interés. Si me ignoras o me callas cuando trato de expresarme, entiendo que mis ideas son tontas y que, por lo tanto, mi inteligencia es corta. –

No me compares con mis compañeros, ni con mis hermanos en años anteriores. Recuerda que no soy ni puedo ser igual a nadie y que, aunque no tengo las mismas, también poseo grandes cualidades. –

Trata de conocerme y apreciarme como persona. Conociendo mis habilidades particulares podrás ofrecerme oportunidades para triunfar. Al sentirme capaz e importante para ti. Crecerá el concepto que me forme sobre mí. –

Ayúdame a desarrollar mis cualidades y no simplemente mis capacidades. Ten en cuenta que ... antes que un buen estudiante, debo ser un buen ser humano.

ANEXO 13

MITOS Y REALIDADES DEL TDA/H

El TDAH no existe, es un invento de la Psiquiatría norteamericana para etiquetar niños difíciles.

El TDAH, aunque ha recibido distintos nombres desde su primera descripción hecha hace más de 100 años, es una entidad clínica reconocida como tal desde hace más de 50 años. En 1998 la American Medical Association lo describió como "uno de los trastornos mejor estudiados en medicina, en el que los datos globales sobre su validez superan a los de muchas enfermedades", y la Organización Mundial de la Salud, en su documento "Caring for children and adolescents with mental disorders" (2003) lo identifica como un trastorno poco conocido y con importantes repercusiones económicas en el cuidado de la salud infantil, negado hasta fechas recientes debido al no reconocimiento de la existencia de una vida mental propia en la infancia. Frente a la frecuente alusión a la ausencia de pruebas médicas para su diagnóstico (de laboratorio, de imagen, etc.) como prueba de su inexistencia, debe recordarse que más de la mitad de las enfermedades carecen de pruebas de este tipo para su confirmación, entre las que se puede citar la enfermedad de Alzheimer, las migrañas, varias formas de meningitis o la mismísima gripe. Tampoco existe, de hecho, ninguna prueba objetiva que invalide su diagnóstico o demuestre su inexistencia.

Aunque el TDAH existe, es un problema relativamente leve que desaparece con la edad.

El TDAH persiste en la vida adulta en un 30-70% de los casos, y sus síntomas también implican entonces dificultades personales, familiares y laborales. Además, su presencia, sobre todo sin tratamiento, es un factor de riesgo importante para la aparición de otros trastornos como ansiedad, depresión y abuso de drogas.

Si un niño no es hiperactivo, no puede tener TDAH.

Aunque con frecuencia el TDAH asocia síntomas de hiperactividad e impulsividad, el tipo predominantemente inatento sólo presenta sintomatología de inatención, por lo que las conductas más evidentes (inquietud, oposicionismo, agresividad) no están presentes en él. Por otra parte, las niñas son menos hiperactivas y menos impulsivas que los niños, por lo que una niña afecta de TDAH puede no manifestar de forma evidente los síntomas conductuales propios del trastorno.

El TDAH afecta sólo a los varones.

Aunque su proporción en varones es cuatro veces superior, las niñas también manifiestan este trastorno. Es posible que el intradiagnóstico sea mayor en las

niñas, especialmente, en aquellos en los que predomina el déficit de atención y apenas exteriorizan la hiperactividad

El TDAH se debe a factores relacionados con alergias alimentarias, aditivos y colorantes u otros problemas ambientales.

No existen pruebas científicas que señalen estos factores como causales del trastorno, ni tampoco que apunten a que los tratamientos basados en las restricciones dietéticas sean eficaces en general.

El TDAH se debe a la mala educación proporcionada hoy día por los padres.

El TDAH es un trastorno neurobiológico sin relación alguna en su aparición con las características familiares. Si estas son negativas lo agravarán, pero no son causa suficiente para producirlo.

El TDAH es un trastorno debido a la forma actual de vida, que antes no existía y cuyas cifras están aumentando.

Aunque es cierto que ciertas características de la sociedad actual pueden hacer más patente su presencia (las mayores exigencias escolares y sociales desde temprana edad, la menor disponibilidad de soportes externos para las familias actuales, etc.) no debe olvidarse que la primera descripción médica del trastorno data de 1902. Por otro lado, los datos sobre su presencia son estables a lo largo del tiempo y similares tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo y del llamado tercer mundo.

El niño con TDAH necesita clases especiales.

El TDAH no afecta necesariamente a la capacidad intelectual, aunque sus síntomas sí afectan al rendimiento escolar. Por ello, los niños con TDAH pueden precisar intervenciones específicas de tipo pedagógico, pero no una ubicación escolar diferente al resto de los niños de su edad y nivel de desarrollo.

El tratamiento farmacológico se utiliza en el TDAH para sustituir las intervenciones psicológicas y escolares, más costosas y eficaces.

Un reciente estudio llevado a cabo con más de 400 niños afectados de TDAH ha demostrado que el tratamiento multimodal (la combinación del tratamiento farmacológico y las intervenciones psicológicas y escolares) es el tratamiento más eficaz del trastorno. En la comparación del tratamiento farmacológico solo frente al tratamiento psicológico solo, el tratamiento farmacológico se demostró significativamente más eficaz.

Los psicoestimulantes producen dependencia o su uso induce la aparición de dependencias.

El uso correcto de los psicoestimulantes, del modo prescrito y a las dosis indicadas, no produce tolerancia (no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar dosis, salvo por motivos de peso y edad) ni dependencia. Además, diversos estudios han demostrado que los niños en tratamiento tienen una menor probabilidad de presentar trastornos por abuso de drogas en la adolescencia y la vida adulta.

Los psicoestimulantes dejan de ser eficaces en la adolescencia.

Los estudios realizados en adolescentes señalan una eficacia de los psicoestimulantes similar a la que tiene en la infancia (70-80%).

Los psicoestimulantes son fármacos inseguros que producen múltiples efectos secundarios.

Los psicoestimulantes son fármacos con más de 30 años de uso y estudios que les avalan, y que han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH. No existen casos publicados de muertes por sobredosis o por otros motivos (a pesar de lo que algunas páginas en Internet indican), y en la mayor parte de los casos sus efectos secundarios son moderados y desaparecen en unas semanas.

El tratamiento con psicoestimulantes debe interrumpirse en vacaciones y fines de semana.

Aunque los psicoestimulantes tienen efectos positivos en el rendimiento escolar y la capacidad atencional, sus efectos son igualmente positivos sobre el control conductual del TDAH. Dado que el trastorno se manifiesta no sólo en el colegio, sino también en casa y otros entornos, debe mantenerse a fin de controlar sus síntomas también en estos ambientes.

Los psicoestimulantes alteran el crecimiento (por eso debe interrumpirse periódicamente).

Aunque los resultados de los estudios sobre el crecimiento aún no son definitivos, parece que esta afirmación no es cierta. En todo caso, los estudios que hablan de una disminución de la talla final de los niños refieren una disminución de 1 a 3 centímetros, lo que parece poco significativo comparado con las consecuencias del trastorno sin tratamiento.

ANEXO 14

CACTERISTICAS POSITIVAS DEL TDA/H

Generalmente es más fácil observar las cualidades negativas del niño con TDA/H. Sin embargo, las cualidades de los niños con este trastorno merecen también mencionarse. Así como son olvidadizos o bien fallan en seguir instrucciones y peticiones y que en ocasiones son desorganizados o inatentos. Sin embargo también es importante notar y tener presente que los alumnos con TDA/H también tienen cualidades maravillosas, como las que se listan a continuación, (Valencia, 2003):

- Espontáneos
- Creativos
- Inquisitivos
- Cálidos
- Perdonan Fácilmente
- Carácter Fuerte
- Toman Riesgos
- Gregarios
- Ingeniosos
- Innovadores
- Inventivos
- Leales
- Sinceros
- Energéticos
- Intuitivos
- Confiables
- Buen Sentido del Humor

El reto para los maestros es lidiar con el nivel alto de actividad, la mente inquisitiva y la naturaleza sensitiva de estos niños para convertirlos en una persona feliz y productiva proveyendo la estructura necesaria para asegurar un éxito individual.

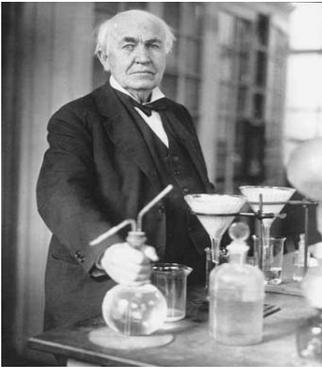
ANEXO 15

PATRONES DE CONVERSACION

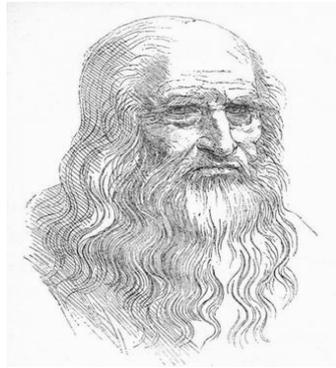
1. Los alumnos con TDA/H son incapaces de ser personas exitosas
2. Las personas con TDA/H son exitosos solo en ambientes No académicos
3. Para los alumnos con TDA/H la escuela es difícil, pero con la guía y las herramientas necesarias, pueden triunfar.
4. Las personas con TDA/H no podrán ser totalmente independientes.
5. Será difícil que los adolescentes con TDA/H no se metan en problemas, tienden a ser delincuentes.
6. Las personas con TDA/H pueden enseñarle a otras.

ANEXO 16

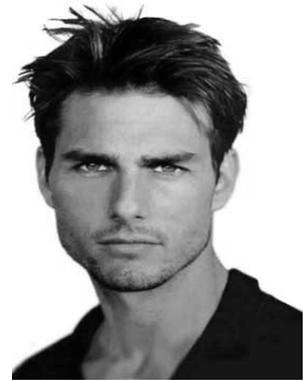
IMÁGENES DE GENTE FAMOSA CON TDA/H



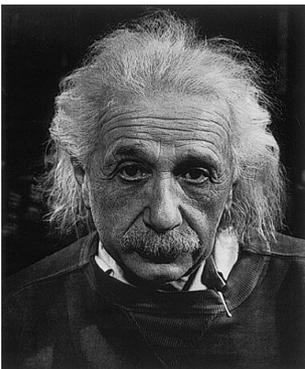
THOMAS A. EDISON



LEONARDO DA VINCI



TOM CRUISE



ALBERT EINSTEIN



WALT DISNEY



MICHAEL PHELPS



AGATHA CHRISTIE



JHON LENNON



MAGIC JHONSON

ANEXO 17

ESTRATEGIAS DE LOCALIZACIÓN

(De la Garza, 2006)

- Sentar al estudiante cerca del profesor sin excluirlo del grupo.
- Sentarlo al frente dando la espalda a sus compañeros para que no se distraiga.
- Rodearlo con compañeros que sean modelos que deba seguir.
- Pedirle a alguno de ellos que ayude al alumno con TDA/H cuando pueda ver que este tiene una dificultad.
- Evitar estímulos que lo distraigan, por ejemplo, no sentarlo junto a las ventanas, nunca con otro niño con TDA/H, ni cerca de la puerta.
- Pedir a los padres que sigan rutinas de estudio en casa y que periódicamente organicen junto con el alumno la mochila, y le proporcionen un lugar tranquilo para estudiar.

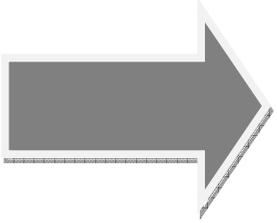
ANEXO 18

ACTIVIDADES:

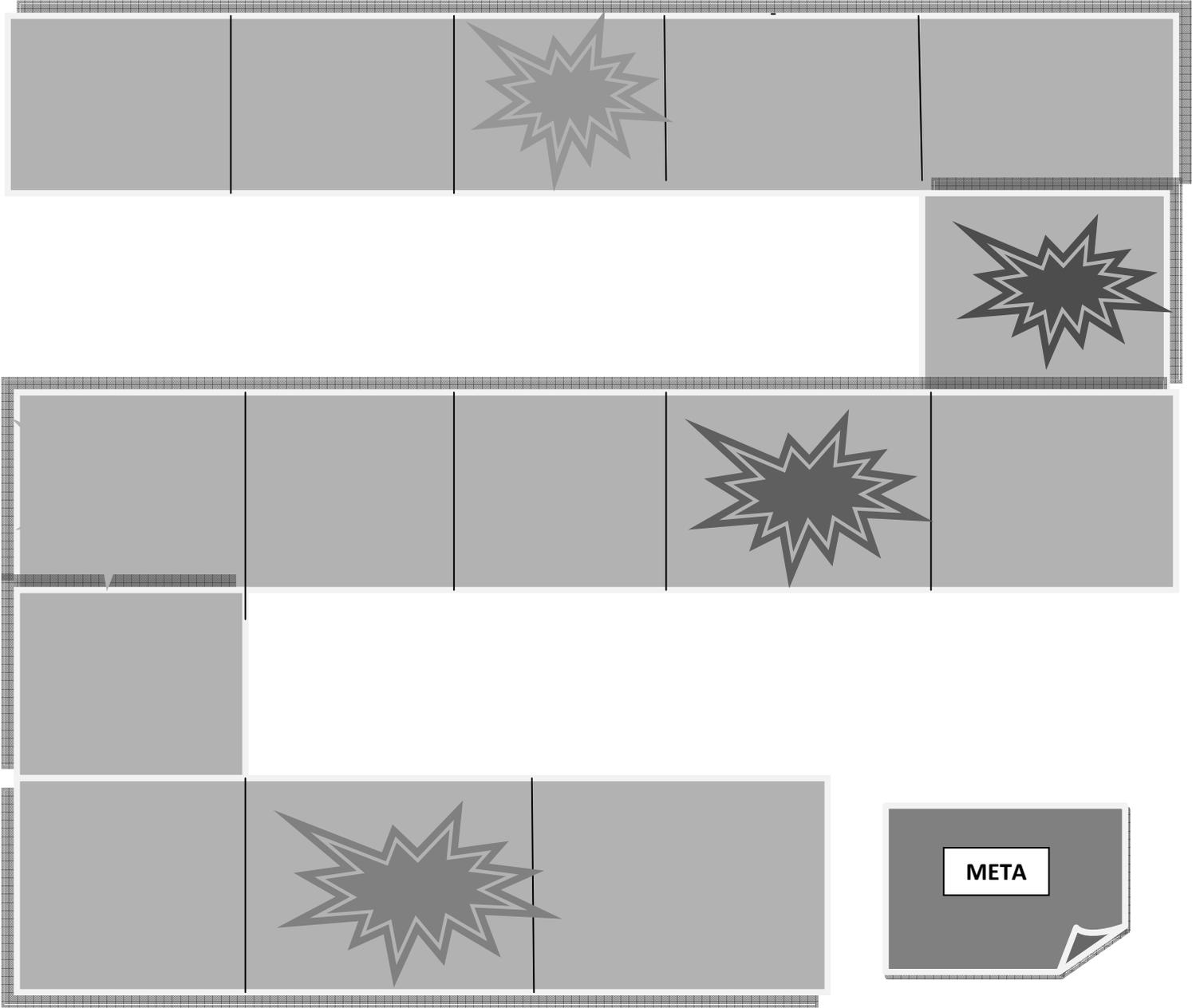
- Elija a un compañero, este será su alumno con TDA/H y usted hablara con él, con el fin de darle confianza para pedirle ayuda y aclarar sus dudas.
- El maestro explica al alumno con TDA/H que conoce el trastorno, que lo entiende y lo quiere ayudar.
- El profesor se acerca al alumno para explicarle que lo cambiara de lugar con el fin de que pueda concentrarse mejor.
- El profesor se acerca al alumno para explicarle lo que es un contrato.
- El alumno con TDA/H se siente mal porque ninguno de sus compañeros quiere admitirlo en un equipo de trabajo.

PREGUNTAS

- ¿Por qué es importante mantener una comunicación de respeto y confianza con el alumno con TDA/H?
- ¿Parte de tener una buena comunicación es sermonear al alumno sobre sus malos comportamientos y que él solo escuche?
- Menciona algunas de las características de una buena comunicación.
- ¿Por qué es importante hacerle saber al alumno con TDA/H que conocemos su trastorno?
- ¿Una de las formas de ayudar a nuestro alumno es exponer su caso a la clase y juntos solucionar sus problemas?
- De que otras podemos comunicarnos con nuestros alumnos con TDA/H?
- ¿Cómo nos pueden servir las palabras clave para comunicarnos con los alumnos?
- ¿Como podríamos usar imágenes o ilustraciones para comunicarnos con nuestros alumnos con TDA/H?
- ¿Por qué es importante mantener una buena comunicación con los padres de los alumnos con TDA/H?
- Menciona de qué forma podemos mantener una relación adecuada con los padres de los alumnos con TDA/H.



ANEXO 19
TABLERO



META

ANEXO 20

RECOMENDACIONES GENERALES

ESTUDIANTES CON TDA-H EN SECUNDARIA

1. Oportunidades de moverse de clase a clase es benéfico para éstos estudiantes. También necesitan oportunidades de moverse en el salón de clases con algún propósito o un pequeño descanso al menos cada 20 minutos.
2. Los horarios podrían permitir alternativas formas de pensar y trabajar. Por ejemplo, empezar con una clase de manualidades y proseguir con clase de Español, Matemáticas.
3. Una mejor coordinación de esfuerzos de maestros, directores y padres es importante. El trabajo en equipo es crítico para integrar esfuerzos en este nivel.
4. Se sugiere que las tareas sean escritas en una agenda. Así como mostrar las tareas visualmente.
5. Salones especiales de estudio con un equipo que les de asistencia a los alumnos proveerá un mejor seguimiento de los alumnos.
6. Calificar flexiblemente es importante. Trabajar con padres y estudiantes es ideal para fijar metas y alcanzarlas. Por ejemplo: Marca la respuesta correcto en lugar de la respuesta equivocada.. Es mejor calificar por el número de respuestas correctas en lugar del número total de preguntas. De estos estudiantes no se puede esperar que hagan una tarea de tres horas que a un estudiante regular le tomaría 1 hora.
7. Reduce la duración del día escolar proveyendo “tiempo libre” o orientación vocacional.
8. Los estudiantes con TDA-H se benefician de trabajar con profesionales como internos o aprendices.
9. Clases de Técnicas de Aprendizaje al principio o al final del día ayuda a los alumnos a aprender técnicas organizacionales que son esenciales para ellos...la organización no es su fuerte y requieren mucho entrenamiento para adquirirlo.

10. Un compañero o un miembro del personal educativo que esté puede ayudar a estar al tanto del progreso que han tenido y de sus trabajos. Así como para asegurar que sus tareas estén completadas a tiempo.
11. De igual manera puede ayudar a que asista a la clase correcta a tiempo. Dar créditos extra por que llegue a tiempo a clase es un incentivo.
12. Permitirles usar apuntes de un buen estudiante les puede reducir el estrés de tratar de entender lo que dicen los maestros y además escribirlo en un papel.
13. Permitirles una grabadora en lugar de tomar notas es útil, o bien dar un resumen de los puntos más importantes y así sólo anote los detalles faltantes.
14. Anima a los alumnos a que tengan más eficiencia en el procesamiento de palabras.
15. Puedes ser flexible y dejarles menos tarea.
16. Los maestros y el personal educativo debe tener un compromiso para ayudar a los estudiantes a ser exitosos. Trabajo en equipo, flexibilidad y proveer alternativas lleva a un mejor éxito.
17. A los estudiantes con TDA-H les ayuda que la información que les enseñan sea por todos los niveles sensoriales.....visual, auditivo y quinestesico. Es tres veces más efectivo.
18. Se creativo, breve y usa una variedad de buenas técnicas de enseñanza.
19. Las transiciones son difíciles.....dales la noticia. Por ejemplo: "en 5 minutos vamos a escuchar lo que tu grupo discutió".
20. Permítele a los alumnos tomar exámenes orales, o alguna otra forma que le ayude a demostrar lo que el o ella realmente han aprendido.
21. Es importante proveer un servicio interno para ayuda.
22. Promueve que los padres se involucren.

TIPS QUE PUEDEN AYUDAR

Mantener Cercanía. Tener cercanía permite una corrección conductual sin comentarios verbales negativos. Esta es una de las principales características para mantener la atención del niño.

Lenguaje Corporal. Una sonrisa, un abrazo, guiñar un ojo, aprobar con la cabeza, etc. pueden hacer mucho por una persona con TDA-H. Utiliza tus expresiones faciales y el contacto visual para aclarar tu objetivo. Los estudiantes tienen a prestar más atención a lo que haces que a lo que dices. Nunca FUERCES a los estudiantes a verte a los ojos mientras tu estas corrigiéndolos. Si es necesario tómate un tiempo. El control del tono de la voz es un medio muy importante para el manejo de niños con TDA-H.

ANEXO 21

Tarjetas con Situaciones para Ensayo

ENSAYO DE INTRUCCIONES

DAR INSTRUCCIONES PARA
CONTESTAR UN EXAMEN

DAR INSTRUCCIONES PARA UNA
ACTIVIDAD EN EQUIPO DURANTE LA
CLASE.

DAR INSTRUCCIONES PARA UNA
ACTIVIDAD DE LECTURA.

DAR INSTRUCCIONES PARA INFROMAR
EL ORDEN EN QUE PASARAN A
CALIFICARSE LA TAREA.

ENSAYO DE TAREAS

UNA TAREA A ENTREGARSE AL FINAL
DEL MES SOBRE ALGUN TEMA.

UNA TAREA PARA EL DIA SIGUIENTE:
UN RESUMEN CON ILUSTRACION PARA
EL DIA SIGUIENTE

UN TRABAJO EN PAREJAS PARA
DISCUTIR LOS PROS Y CONTRAS DE UN
TEMA DADO POR EL PROFESOR

UNA TAREA EN EQUIPO EN CLASE:
DISCUTIRAN UNTEMA Y DESPUES
EXPONDRAN A LA CLASE SUS
CONCLUSIONES

ANEXO 22

Formatos de Reporte y Contrato

REPORTE

REPORTE SEMANAL

Nombre: _____ Año: _____ Fecha: _____

Maestro: _____ Materia: _____

Conducta	Esfuerzo	Progreso
Positivo _____	Bien _____	Satisfactorio _____
Satisfactorio _____	Satisfactorio _____	No satisfactorio _____
Poco Problemático _____	Mínimo _____	Mejorando _____
Muy Problemático _____	Mejorando _____	Empeorando _____

Tarea	Examen	Calidad	Atención
Bueno _____	Bueno _____	Muy Buena _____	Buena _____
Casi completa _____	Regular _____	Buena _____	Promedio _____
Sin Tarea _____	Pobre _____	Pobre _____	Pobre _____

Observaciones: _____

CONTRATO

CONTRATO

Yo _____ estudiante de la escuela _____.

Declaro que me comprometo a _____.

Yo, el profesor _____ de _____ prometo que a cambio de que _____ cumpla con su promesa arriba escrita, yo le _____.

En presencia del testigo firmamos de acuerdo.

Alumno

Maestro

Testigo

ANEXO 23

SITUACIONES PARA PRACTICA SOBRE HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL DE CONDUCTA

- Después de haber dado las indicaciones para la tarea, el alumno con TDA/H parece no haber entendido bien.
- Usted observa que el alumno con TDA/H hace anotaciones sobre el tema que usted está explicando.
- Está a punto de hacer la explicación del tema y se percató de que el alumno con TDA/H está muy distraído y platicando con los demás.
- El alumno ofendió a uno de sus compañeros.
- El alumno habla de forma excesiva durante la explicación de un tema.
- El alumno no llevó la tarea a la clase y olvidó su material de trabajo.

ANEXO 24

SITUACIONES DE MAL COMPORTAMIENTO

- El alumno con TDA/H provoca que los demás se burles de uno de sus compañeros.
- Cuando el profesor está hablando el alumno con TDA/H no presta atención por estar platicando con alguien más.
- El profesor debe salir un momento del salón y cuando regresa el alumno con TDA/H está corriendo por el pasillo.
- El alumno con TDA/H no llevo la tarea.
- El alumno con TDA/H olvido su material de trabajo y se lo quito a uno de sus compañeros.
- Durante la ejecución de una tarea, el alumno se levanta de su lugar y se pasea por el salón si tener un objetivo específico.
- El alumno está molestando a una compañera, burlándose de su aspecto.
- El alumno tuvo una pelea con uno de sus compañeros.

ANEXO 25

LISTA CON RECOMENDACIONES PARA SITUACIONES ESPECIFICAS

(De la Garza, 2006)

PARA DIRIGIRSE AL ALUMNO:

- Tratar de mantener el contacto visual cuando se está hablando
- Dar instrucciones claras, concisas y diarias
- Cuando las instrucciones son complejas y largas, tratar de simplificarlas o darlas por partes
- Dar confianza al alumno para que pueda pedir ayuda
- Si es necesario, revisar diariamente el libro de tareas
- Vigilar que lleve su tarea asignada escrita de manera que los padres puedan tomar conocimiento de ello
- Llenar el reporte para mantener una comunicación con los padres.

PARA LLEVAR A CABO LAS CLASES:

- Hacer un trabajo a la vez
- Modificar las clases si es necesario
- Consultar si es conveniente una educación especial y desarrollar un programa educativo individualizado
- Dar tiempo extra para los exámenes y tareas, ya que ellos tienden a hacerlo más lentamente.
- No presionarlos si se sabe que ha reaccionado previamente con frustración o pérdida de autocontrol.

PARA EL MANEJO DE MALAS CONDUCTAS

- El maestro debe aclarar a toda la clase el programa que se llevara a cabo en caso de mala conducta
- Se debe informar a los estudiantes, a los padres y a los directivos de la escuela.
- Debe estar seguro que los estudiantes conocen desde el inicio de las clases las consecuencias que pueden esperar por problemas de mala conducta.
- Las malas conductas deben ser siempre objeto de intervención no deben pasar inadvertidas.

Al principio debe actuarse de forma moderada, por ejemplo:

- Acercarse al estudiante hasta su asiento.
- Tocarle el hombro de forma amable.
- Decirle al oído que se calme.
- Mandar un pequeño recado como aviso (que solo lo vea el muchacho).
- Tener un acurdo previo de que con ciertas señales se le esta previniendo de un mal comportamiento.
- La comunicación puede ser no verbal, pero el estudiante debe saber su significado.
- Si se va hace publica la conducta debe hacerse de forma amable.
- Si después de estas advertencias claras continúan las malas conductas se implanta un castigo menor:
- Quitar tiempo a una actividad favorita
- Quitar acceso a algo que le guste (materiales, patio, etc.)

PARA EL HABLAR EXCESIVO:

- Establezca reglas claras de cuando es aceptable o no hablar en clase.
- Converse con el alumno el porqué no es apropiado hablar en ciertos momentos. Explíquelo que el hablar en exceso interfiere con el desempeño de la clase.
- Exija levantar la mano para pedir permiso de hablar.
- Rápidamente de la palabra al que levanta la mano diciendo: “Jose, levantaste la mano, puedes dar la respuesta”
- Si a pesar de estas estrategias continua la conducta, advierta que se impondrán sanciones.
- Si continua hablando se impone un castigo menos.
- Trate de utilizar sistemas de modificación de conducta y deje el castigo como ultima opción.

PARA QUIENES NO SIGUEN INSTRUCCIONES

- Trate de involucrar al alumno a la clase, por ejemplo: “Jose, creo que la actividad que vamos a hacer en seguida te va a gustar”
- Mantenga un contacto visual con el estudiante
- Pregúntele mas frecuentemente que a otros, de manera que lo mantenga conectado y activo
- Al iniciar la clase diga: “Su atención por favor, lo que sigue es muy importante”
- Antes de seguir asegúrese de que todos están poniendo atención

- Además de las instrucciones orales, estas también pueden ser escritas en el pizarrón
- De reforzamientos positivos como : “Gracias por escuchar”

PARA LOS QUE NO HACEN TAREAS

- El maestro debe encargarse de tareas cortas
- Establecer fechas límite
- Estar seguro que el estudiante entendió lo que se le pide
- Pedir que haga parte de la tarea en la escuela
- Llevar un calendario o agenda donde se escriba cuáles son las asignaturas y fechas de entrega
- Recordarle que debe revisar su agenda para no olvidar su material del día siguiente.
- Establecer comunicación con los padres para conocer cualquier dificultad en la casa que este interfiriendo
- Llevar una contabilidad de las tareas no entregadas
- Si es necesario, pedirle a los padres buscar apoyo o ayuda externa.

PARA EL APOYO MORAL

- Recompensar inmediatamente las conductas adecuadas y los buenos rendimientos, haciendo comentarios elogiosos.
- Apoyar en vez de castigar, tratando de no disminuir la autoestima.
- Buscar creativamente caminos para apoyar al alumno.
- Buscar que el alumno se recompense a sí mismo: “Lograste traer la tarea completa, ¿Cómo te sientes?”