



Yura: Relaciones internacionales

Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y de Comercio

Revista electrónica: ISSN 1390-938X

Nº 3: Julio - septiembre 2015

Estudio de cuidado de necesidades educativas. Caso: Niño con déficit de atención con y sin hiperactividad. pp. 45 - 65

Yépez Herrera Emerson Roberto, Morán Guayasamín Erick

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Quito, Ecuador

12 de octubre y Veintimilla

eyepzherrera@hotmail.com

Estudio de cuidado de necesidades educativas. Caso: Niño con déficit de atención con y sin hiperactividad

*Yépez, Emerson; Morán, Erick
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
eyepezherrera@hotmail.com*

Resumen

45

Se realizó una descripción del Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad enmarcado dentro de las modificaciones del comportamiento de inicio en la infancia. Con el fin de dar una mayor comprensión se describió la etiología desde los fundamentos neurobiológicos, los criterios diagnósticos que constan en los manuales internacionales de clasificación de enfermedades (DSM V y CIE 10), los tipos de tratamiento y estrategias de atención de las necesidades que suelen presentarse con mayor frecuencia en la educación básica. Finalmente se describió un caso de un niño de 5 años de edad con este trastorno y las estrategias aplicadas en su diagnóstico. Los resultados y las propuestas de mejora en el plan de acción de la institución para la atención de las necesidades educativas especiales del estudiante relacionadas con los patrones persistentes de conductas como: la falta de atención, la hiperactividad, la impulsividad, y las dificultades de aprendizaje, permitieron identificar patrones conductuales para identificar y rehabilitar a pacientes que sufren éste trastorno.

Palabras clave

Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, Necesidades Educativas, Estrategias Educativas.

Abstract

A description of Attention Deficit Disorder was performed with and without Hyperactivity framed in behavioral changes start in childhood. In order to give a better understanding the etiology from the neurobiological underpinnings described, the diagnostic criteria contained in international disease classification manuals (DSM V and ICD-10), types of treatment and care strategies needs to They occur most frequently in basic education. Finally a case of a child 5 years of age with this disorder and the strategies used in diagnosis described. The results and improvement proposals in the action plan of the institution to the attention of the special educational needs related to persistent patterns of behavior as inattention, hyperactivity, impulsiveness and learning disabilities They helped identify behavioral patterns to identify and rehabilitate patients suffering from this disorder.

Keywords

Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity, Needs Education, Educational Strategies.

A través de un estudio de caso, se comprenderá íntegramente las implicaciones etiológicas, diagnósticas y evolutivas que influyen en el desarrollo del niño o niña con un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, entendiendo así las consecuentes dificultades en los ambientes educativos, familiares y recreativos en los que se desenvuelve la persona, y conociendo las acciones posibles encaminadas a un tratamiento de escolares que mejoren su estilo de vida y potencien su desarrollo intelectual, social y emocional.

47

Se ha utilizado las dimensiones del Trastorno de Déficit e Hiperactividad (Dificultad de mantener atención, excesivo movimiento o agitación motora y autocontrol), como elementos que permiten identificar la presencia de la perturbación en el análisis de la conducta de un niño y su tratamiento posterior con la finalidad de afinar sus patrones relacionales.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la revisión bibliográfica y la entrevista, manteniendo un enfoque de tipo cualitativo mediante un diseño transversal que permitió conjuntar el conocimiento científico con la realidad y realizar una aplicación.

Objetivos

- Identificar las teorías, principios o ideas de soporte, que guíen el desarrollo de la investigación, acorde a la realidad del caso estudiado;
- Realizar un estudio empírico en un paciente de cinco años de edad a fin de direccionar los caminos de solución del trastorno;
- Establecer las líneas de tratamiento utilizando enfoques interdisciplinarios de solución.

Método

Para contribuir a la realización eficiente de la anamnesis en la práctica clínica diaria se realizó una presentación de sus aspectos metodológicos más relevantes. Los lineamientos generales que permiten un desenvolvimiento asistencial idóneo durante la entrevista clínica y la obtención de la historia fueron expuestos. El contenido de la historia del paciente adulto se ordenó mediante el esquema: Informante, Datos de identificación, Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Historia psicosocial e Interrogatorio por sistemas. Se abordaron los datos pertinentes que se recolectaron en cada sección. (Rodríguez & Rodríguez, 1999)

Datos de identificación

Nombre y Apellido: N/N

Fecha de nacimiento: 10 de Septiembre del 2009 Edad: 5 a

Institución: NN Escolaridad: 1ro de Básica

Representante: NN Solicitado por: Institución Educativa

Fecha de evaluación: 16 de Octubre del 2014

Fecha de Informe: 31 de Octubre del 2014

Motivo de la consulta

Niño referido a evaluación psicológica por el Departamento de Consejería de la institución educativa debido a las dificultades en el comportamiento, no respeta las normas del aula y existe demasiada inquietud.

Anamnesis personal y familiar

Hitos de desarrollo

Paciente que nace de 38 semanas de gestación por cesárea, madre refiere que en los primeros meses el niño lloraba mucho, no dormía por las noches, era difícil hacerle dormir, pernoctaba de 4 a 6 horas, gateó a los seis meses, se arrastraba constantemente, aprendió a caminar a los 11 meses, controló los esfínteres a los 2 años y 6 meses, balbuceó sus primeras palabras al año, no comía solo, se movía mucho, la madre pasa pendiente del niño.

49

Historia escolar

Ingresa a los 2 años a un centro de cuidado diario, la maestra describe: que es demasiado inquieto, que sale del aula, es como que no escuchara. Actualmente se encuentra en segundo grado de educación básica general, donde la profesora le refiere a la madre que el niño no hace caso, que pasa jugando con un amiguito, no pone atención y que ha golpeado a un niño en el recreo y le echan la culpa al niño por las cosas que pasa en el aula.

Planes de intervención en ejecución

Referido por la maestra envía al niño al psicólogo de la institución

El niño es evaluado en tres sesiones y por las tardes asiste al entrenamiento de fútbol. De 2pm a 3pm.

El niño se muestra:

Primera sesión: Con inquietud motora, poca aceptación de las reglas establecidas para la evaluación, baja tolerancia hacia la frustración y poca organización. En vista de ello, se planifican dos sesiones de evaluación adicionales incluyendo una en la que se desarrolla la observación clínica.

Segunda sesión: Su nivel de actividad es menor, sus capacidades adaptativas crecen y se logra la aplicación de reactivos psicológicos.

Tercera sesión: El niño mejora su estructura y organización en comparación con la segunda sesión y tiene mayor autocontrol. En este día solo se planifica la observación frente a actividades de mucha organización y concentración.

Situación familiar

El apoyo familiar es favorable a pesar de que el niño proviene de una familia reorganizada-extendida, es el último vástago de cuatro hermanos, hace 3 años uno de sus hermanos falleció lo que afectó considerablemente a la familia; sin embargo en la actualidad la familia se ha recuperado y se refleja mayor estabilidad. }

Diagnóstico

Niño con alto riesgo de desarrollo de TDAH con predominio de hiperactividad.

Respuesta educativa

Objetivo principal: Bajar su nivel de hiperactividad.

Tabla 2.1 Actividades a realizarse

AREAS EXPLORADAS	OBJETIVO GENERAL	ESTRATEGIAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
Neuro-funciones	Potenciar funciones psicomotrices en deterioro	Ejercicios de motricidad fina; Ejercicios de ubicación en el plano gráfico; Ejercicios de ubicación espacial y temporal.	Estas actividades se trabajaran luego de estructurar una rutina de labor terapéutica. El niño recibirá una terapia semanal.
Afectiva emocional social	Contribuir a elevar la estima propia para mejorar el	Establecimiento de rutinas afectivas con la madre; Establecimiento de	Esta área se trabajara con la familia en el fomento de un manejo adecuado de sus estados hiperactivos.

	estado afectivo armónico	consecuencias posibles a las conductas inadecuadas.	
Cognitiva	Fortalecer el desarrollo de habilidades intelectuales: como atención, velocidad de procesamiento, y construcciones verbales.	Ejercicios de atención, concentración y memoria; Ejercicios de autocontrol motor encausando su mayor nivel de actividad hacia actividades más organizadas; Terapia de relajación para promover el conocimiento propioceptivo y el autocontrol.	
Académica	Consolidar estrategias de trabajo en aula.	Realizar seguimiento de las recomendaciones a ejecutarse en el aula con la maestra del niño.	Se establecerá alguna manera de comunicación con la escuela para lograr este objetivo.

Resultados

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un conjunto de conductas persistentes y significativas en cuanto a la intensidad respecto a lo esperado, para la edad que se hacen más notorias al inicio de la etapa escolar de los niños y niñas -es decir alrededor de los 6-7- y que se caracteriza según el consenso científico por tres síntomas principales: 1) la dificultad para mantener la atención; 2) El excesivo movimiento o agitación motora, llamada también hiperactividad; y, 3) La dificultad para poder regular sus actos o auto-controlarse, denominado como impulsividad.

Por ser un tema de gran interés contemporáneo se ha puesto mucho interés en valorar la incidencia y pronóstico, es así como el DSM IV TR (2001) refiere una prevalencia estimada entre el 3-7% de la población en edad escolar, además se acepta comúnmente que es un trastorno más frecuente en varones que en mujeres. Benjumea (2006) refiere que en ambos sexos, el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay mayor porcentaje de chicas, en las que según este autor los síntomas de impulsividad e hiperactividad pueden aparecer con menor intensidad. Son igualmente relevantes los datos obtenidos por Jensen y Colbs. (2001) quienes mencionan que no suele presentarse un diagnóstico aislado del trastorno, ya que concluyen que más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad, y cerca del 60% tiene al menos 2 comorbilidades, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y el trastorno disocial. (María Dolores Petitbò, M.D., Alda, J.A., Castro, J., Soutulo, C., & Arango, C. 2009, p. 26-27). Además indiscutiblemente existen problemas de aprendizaje como la dislexia asociados de forma consecuyente.

Por tal razón, se evidencia la necesidad de instaurar un tratamiento temprano y oportuno para mejorar la atención, la impulsividad, la hiperactividad y evitar o atender las complicaciones asociadas como los problemas de aprendizaje, del estado del ánimo o conductuales disruptivas. “El tratamiento que mejores resultados obtiene es el tipo multimodal o combinado, es decir que incluya intervención psicológica y psicofarmacológica junto al asesoramiento familiar y escolar.” (María Dolores Petitbò, *et al.* 2009, p. 23).

Causas

Al momento es prudente referir que el TDAH aparece por una interacción de múltiples factores genéticos y ambientales, siendo el componente genético el de mayor peso. Además se postula cada vez con más respaldo investigativo que el origen del TDAH está en una disfunción del córtex prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

53

Sin embargo aún hay muchas posturas para explicar el origen de este trastorno, desde las que se explican como un efecto netamente neurofisiológico y apelan por un tratamiento farmacológico, hasta otras completamente opuestas como la postura que atribuye que existen intereses económicos que tratan de dar explicaciones que justifiquen la millonaria inversión en medicamentos para este trastorno y que en cambio proponen que es un problema social producto de la crianza de familias tensas y descuidadas.

En este trabajo preferimos reconocer la explicación teórico científica desde la neuropsicología, en especial al hablar de la existencia e importancia de la “Función Ejecutiva” y sus consecuencias patológicas, sin embargo hay que reconocer la importancia de los factores socio ambientales, por eso María Dolores Petitbò, *et al.* (2009) expone que:

Entre los factores ambientales destacan sobre todo la prematuridad, la encefalopatía hipóxico-isquémica, el bajo peso al nacimiento y, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación. También los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) graves en la primera infancia así como padecer infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) se han relacionado con un mayor riesgo de TDAH. Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con él. (p. 30)

Las funciones ejecutivas y el TDAH

Esta función cerebral es amplia y compleja de explicar, sin embargo a nivel general podemos referir que incluye aspectos como la “capacidad de filtrar la interferencia, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de la

conducta y la flexibilidad mental; también incluye la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia.” (Alfredo Ardila & Mónica Rosselli. 2007, p 206)

El lóbulo frontal es el principal responsable de su funcionamiento, ya que se considera que su papel es programar y es el controlador de la actividad psicológica, por lo tanto a la patología de los lóbulos frontales se la denomina síndrome disejecutivo. Luria (1968, 1980) “relacionó los lóbulos frontales con la programación motora, la inhibición de las respuestas inmediatas, la reorientación de la conducta de acuerdo con las consecuencias de la conducta, la integración temporal de la conducta, la integridad de la personalidad y la conciencia.” (Alfredo Ardila & Mónica Rosselli. 2007, p 207)

Además Stuss y Levine (2002) “mostraron que los lóbulos frontales, en particular los polos frontales, participan en las habilidades típicas del ser humano, como la autoconciencia y la temporalidad de la conducta. Los estudios factoriales sugieren que las funciones ejecutivas incluyen diferentes subcomponentes o subprocesos” (Stout *et al.*, 2003).

De acuerdo con Anderson *et al.*, (2005), las funciones ejecutivas se pueden clasificar en tres categorías: el control atencional (atención selectiva y mantenida); la flexibilidad cognoscitiva (memoria de trabajo, cambios en la atención, autocontrol y transferencia conceptual), y el establecimiento de metas (iniciación, planeación, solución de problemas y estrategias comportamentales). (Alfredo Ardila & Mónica Rosselli. 2007, p 209)

En cuanto a su desarrollo se sabe que las funciones ejecutivas comienzan a desarrollarse en la infancia, demostrándose que hay períodos en el desarrollo humano en los que aparece un desarrollo más marcado de la corteza prefrontal, el primero de estos periodos se observa entre el nacimiento y los dos años de edad, el segundo entre los siete y los nueve, y el último al final de la adolescencia, entre los 16 y los 19 años (Anderson *et al.*, 2005. Citado en: Alfredo Ardila & Mónica Rosselli. 2007, p 209).

Está claro, sin embargo, que los lóbulos frontales dependen en gran parte de las aferencias de otras regiones del cerebro y que, por lo tanto, su maduración no se da al margen de otras áreas del cerebro, por ejemplo se debe tomar en cuenta a la importancia del nucleus caudatus y el globus pallidus que favorecen la inhibición de respuestas automáticas, ayudando

la reflexión; y, del vermis cerebeloso, asociado probablemente a la regulación de la motivación. (Barkley,1997. Citado en: Orjales Villar. 2007, p. 2)

En la práctica se evidencia una correlación de los criterios diagnósticos en cuanto a las secuelas de lesión de las regiones pre-frontales descritas en pacientes que han sufrido tumores, traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares..., debido a esto el déficit atencional con hiperactividad ha sido interpretado como una disfunción ejecutiva, que incluye aspectos tanto cognoscitivos como comportamentales. Así también sería responsable de otros trastornos como el de los adolescentes con problemas de conducta. Es decir que el TDAH, desde esta postura, es un síndrome prefrontal, que puede tener las siguientes características según el sitio y la gravedad de afectación:

Las regiones polares, mesiales y orbitales participan en la regulación de los estados de activación, y cuando están alteradas no se puede mantener un estado de actividad adecuado porque hay asociaciones difusas y estados confusionales. El daño en las regiones posteriores que están al frente de las zonas motoras implica la aparición de estereotipos motores y desorganización de las formas complejas de movimientos (programas motores), pero estos pacientes no muestran trastornos evidentes de conciencia. Las lesiones en el área prefrontal izquierda causan defectos en el pensamiento verbal (Luria, 1980), mientras que los cambios emocionales son más notables en lesiones del lado derecho (Ardila, 1984. Citado en: Alfredo Ardila & Mónica Rosselli. 2007, p. 211).

Diagnóstico

Las pruebas de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas, se consideran como útiles para realizar un diagnóstico definitivo de este trastorno, sin embargo no siempre se evidencian afectaciones en estos exámenes y el diagnóstico puede realizárselo también por la valoración clínico de un neuropediatra y/o un neuropsicólogo/a, quienes de antemano hacen un trabajo muy importante como es el diagnóstico diferencial, ya que por los síntomas de inquietud y déficit de atención pueden ser confundidos con trastornos como el “retraso mental, trastornos de aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del

comportamiento, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, abuso de sustancias, factores ambientales u otros trastornos médicos.” (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

El consenso científico más actualizado es el que se evidencia en el manual diagnóstico DSM V (2013), en donde respecto de este trastorno se describen los siguientes criterios diagnósticos: “presentarse como un Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de las actividades sociales y académicas/laborales propias de su edad (criterio A) en dos o más contextos como la escuela, la casa y actividades varias (Criterio C), con la presencia por al menos de seis meses, así como de la presencia notoria antes de los 12 años (criterio B)” (p.33), con la presencia de los de los siguientes síntomas:

1) Inatención: caracterizado por la presencia de seis (o más) de las siguientes características: a. Fallas en prestar la debida atención a detalles o errores por descuido en las tareas (imprecisión); b. Dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente; d. no sigue las instrucciones y no termina las tarea (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente); e. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades; f. Evita o le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades; h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos; i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas. (p.34)

2. Hiperactividad e impulsividad: caracterizado por la presencia de seis (o más) de las siguientes características: a. Con frecuencia juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento; b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado; c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado; d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas; e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”; f. Con frecuencia habla excesivamente; g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta; h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno; i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros. (p.34)

Además es de suma importancia tener en cuenta que deben haber evidencias claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos y las cuales serán validadas por un profesional competente de las áreas profesionales de la neuropsiquiatría, psiquiatría infantil o la neuropsicología, al referirse a interferencia significativa en el funcionamiento podemos referir hechos como frecuentes fracturas óseas y contusiones por acciones caracterizadas por la impulsividad (criterio D); además, también requiere experticia para diferenciar la existencia de síntomas de otros que se producen exclusivamente durante el curso de otro trastorno que lo explique mejor como la esquizofrenia, retraso mental u otros. (Criterio E). (DSM V. 2003, p. 34)

El manual diagnóstico DSM V (2013), sugiere diferenciar subtipos especificando si son de presentación combinada (Criterio 1 de inatención y 2 de hiperactividad-impulsividad), o con presentación predominante de falta de atención o de hiperactiva/impulsiva; por otra parte se puede especificar si se encuentra en remisión parcial; o con un nivel de gravedad actual según la siguiente escala: a) Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico; b) Moderado; y, c) Grave: presencia de muchos síntomas, varios síntomas particularmente graves o deterioro notable del funcionamiento social o laboral. (p. 35-36)

Hay otras categorías como el tipo “especificado” (no cumplen todos los criterios diagnósticos de los trastornos del desarrollo neurológico) y “no especificado” (en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios).

Finalmente en cuanto al diagnóstico es importante considerar la sintomatología que acompaña al TDAH de tipo secundaria, es decir como consecuencia o derivada; en este sentido los estudios mencionan a los siguientes síntomas: “Disminución del funcionamiento adaptativo. Déficit de regulación del tono emocional. Pobres habilidades interpersonales y sociales. Problemas relativos al control de esfínteres. Comportamiento temerario. Trastornos de sueño. Tendencia accidentógena. Trastornos cognitivos. Dificultades en el rendimiento académico.” (María Dolores Petitbò, et al. 2009, p. 29).

Así como otras entidades clínicas en comorbilidad como “Trastornos de conducta; Trastorno oposicionista desafiante; Trastornos de ansiedad; Depresión Trastornos de aprendizaje; Trastornos de lenguaje; Abuso de drogas; Trastorno bipolar”

Tratamiento

En cuanto al tratamiento del TDAH de niños y adolescentes, considerando las diferencias individuales y sociales, así como la dificultad que existe en precisar su etiología, los expertos en el área no han descartado ninguna de las posibilidades terapéuticas, sugiriendo un enfoque de tratamiento multidisciplinario e integrado que busque reducir la sintomatología patológica y sus consecuencias en función de cada paciente y con el apoyo de la familia y del aprovechamiento de los recursos con los que cuenta la escuela.

Una aproximación útil de tratamiento puede incluir programas escolares especiales, apoyo farmacológico, tratamiento psicológico bajo los enfoques de terapia conductual y cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, consejería familiar, terapia individual (Buendía, 1996) y grupal, así como talleres relajación, pintura, dibujos, actividades deportivas de tiempo libre, y un sistema de educación especializado o personalizado si fuera pertinente (Vargas, E. 2015, p. 31)

Se ha dividido al tratamiento en 3 categorías principales: 1) Psicológico, 2) Psicopedagógico, y 3) Farmacológico; sin embargo se podría como otras opciones alternativas la terapia nutricional (dieta de carbohidratos y gluten), terapia homeopática, e inserción en actividades ocupacionales (deportivas, artísticas)

Tratamiento psicológico para el TDAH:

Las que mejores resultados han demostrado son las intervenciones psicológicas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Entre ellas estarán:

- Terapia de conducta: Dentro de las técnicas conductuales tenemos a los de base operante, que consisten en la modificación de determinadas conductas mediante el establecimiento de un programa de refuerzos en que se le indique al niño la razón y forma de conseguirlos, la cual se da de manera contingente a la emisión de la conducta deseada, estos niños responden positivamente cuando las normas que se establecen son claras, explícitas y consecuentes. Lo básico consiste en la sustitución de reforzadores

materiales tales como premios, comida o dinero por reforzadores sociales como las alabanzas y felicitaciones. (Vargas, E. 2015, p. 31)

Podemos mencionar así técnicas específicas como: a) el programa de economía de fichas, (administración de fichas cada vez que el niño emite una conducta deseada, al final las fichas serán cambiadas por una serie de privilegios que sean significativos para el alumno tanto en casa como en clase); b) El contrato de contingencia, (negociación en el que se determina concretamente que es lo que se le pide al niño, y cuáles serán las consecuencias derivadas de su cumplimiento o incumplimiento); c) El costo de respuestas, (administración de cierta cantidad de fichas significativas para el niño, las cuales se retiran una a una cuando el niño transgreda las normas, al final, las fichas podrán canjearse por premios) (Vargas, E. 2015, p. 32)

Además de otras técnicas como: a) El tiempo fuera, (retira el acceso a las fuentes de reforzamiento durante un periodo determinado contingente a la emisión de la respuesta, esta se utiliza cuando la conducta del niño no puede ignorarse); b) La sobrecorrección, (remediar en exceso las consecuencias negativas de la conducta , por ejemplo, el niño que ensucia limpiará además de lo que ha ensuciado algo más); d) La extinción (no-aplicación de ningún reforzador o no prestar atención al niño cuando la conducta inadecuada es emitida). (Vargas, E. 2015, p. 32)

- Entrenamiento para padres: como se destaca anteriormente, los padres o cuidadores primarios tienen un rol fundamental en el éxito de la terapia por lo tanto “estas personas merecen poder hablar de impacto del TDAH sobre ellos mismos, una evaluación de sus necesidades, formar parte de grupos de apoyo y autoayuda, asesoramiento, y formar parte de algún programa de formación/educación para progenitores o cuidadores primarios para optimizar habilidades paternas que permitan cubrir necesidades por encima de la media de la población de niños y adolescentes.” (Vargas, E. 2015, p. 33)
- Terapia cognitiva-conductual: Miranda (2000) valida la eficacia de este tipo de terapia al aplicar un programa de entrenamiento en autoinstrucción, solución de problemas y control de la ira a 32 niños con TDAH con o sin manifestaciones de agresividad asociada, no obstante los cambios positivos fueron superiores en el grupo sin agresividad. (Citado en: Vargas, E. 2015, p. 33)

El técnica de entrenamiento en autoinstrucciones verbales elaborado por Meichembaun y Goodman (1986) utiliza tareas que varían desde habilidades sensoriomotrices simples a habilidades complejas de solución de problemas las cuales emplean copias de modelos y coloreados de figuras para pasar luego a tareas que requieren de un pensamiento conceptual para su resolución. (Citado en: Vargas, E. 2015, p. 33)

La técnica de vigilancia cognoscitiva le enseña al niño a responder al sonido de una campana que es emitida a intervalos regulares de tiempo. El sonido de la campana es para recordarle al niño que es necesario que razone a fin de resolver bien la tarea. El niño trabaja en una tarea asignada hasta que suena la campana, entonces anotará en una hoja de respuestas si estaba o no atento a la tarea al escuchar el sonido. Una vez que el niño aumenta la conciencia de la atención se prolonga el intervalo de tiempo lo que implica un periodo más largo de atención sostenida sin la función recordatoria que cumple el sonido de la campana. (Vargas, E. 2015, p. 34)

La técnica de solución de problemas interpersonales o también llamada de entrenamiento en habilidades sociales consiste enfocada a reducir el estatus de rechazo está determinado fundamentalmente por las escasas habilidades sociales y de comunicación busca entrenar a niños en la solución de problemas hipotéticos o vividos en ese momento de índole social mediante la adquisición de habilidades para identificar la sensibilidad a los problemas, razonamiento alternativo, pensamientos por medios y fines, razonamiento de consecuencias y de pensamiento causal. (Vargas, E. 2015, p. 33)

Tratamiento psicopedagógico para el TDAH

Ya que el déficit de atención en general ocasiona problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar, en primer lugar se debe recomendar que estos niños no deben ser sacados del sistema educativo normal, porque esto tiene un efecto contraproducente, en cambio la institución con el profesor de clase como principal actor deberá proporcionar las condiciones necesarias para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En cuanto a las adaptaciones al aula se debe considerar que los niños con TDAH deben ocupar los primeros asientos para evitar distracciones considerando estar pendiente de que en su pupitre tenga solamente lo necesario.

Las estrategias destinadas a captar la atención del alumno pueden ser la utilización como parte de su exposición de anécdotas, curiosidades e historias interesantes, y que con frecuencia haga preguntas que obliguen a los niños a prestar atención (Gallego, 1997).

Así mismo, para llamar la atención sobre la información o procedimientos, a menudo el maestro deberá utilizar láminas novedosas llenas de colorido y atractivo, plumones de diferentes colores. Sin embargo, un ambiente sobre estimulado contribuye también a incrementar los periodos de distracción, por lo que la clase deberá estar sencillamente decorada, ventilada, con un ambiente agradable, normas reguladoras del comportamiento y relaciones afectivas entre los alumnos y el profesor.

El maestro deberá analizar los intereses básicos del alumnado y basar en ellos la actividad escolar. Así mismo, al comenzar una clase deberá informar al alumno de los contenidos que abarca el tema y el nivel de dificultades reales de la misma. Finalmente deberá desarrollar los contenidos de los temas debidamente estructurados y organizados.

El profesor puede entrenar al alumno en el uso de estrategias para el manejo de información como los esquemas y resúmenes, puede ofrecer ejercicios de relajación y gimnasia rítmica para los que lo necesitan cuando hay agotamiento por un exceso de información recibida. Igualmente este autor resalta la importancia en el autoconocimiento por parte del alumno de su propia capacidad de atención a través del uso de cuestionarios manejados por el profesor de clase.

Entre las estrategias destinadas a mantener la atención del alumno podemos recomendar que las clases de aritmética, ortografía, lectura, etc. se relacionen con los intereses naturales de los estudiantes (por ejemplo, llevar el registro de dinero para hacer compras, escribir cartas para varios funcionarios del gobierno, criticar los programas de televisión, medir la temperatura, el viento, etc.) para lograr el mismo efecto, el profesor puede establecer dinámicas o juegos que dependan del mantenimiento de la atención como el juego de simón, seguir la pista de un objeto oculto, o determinar si dos imágenes son idénticas o diferentes.

Otras estrategias para mantener la atención pueden ser:

- Acortar el tiempo de explicación oral y utilizar la actividad motriz de los alumnos como en ejercicios en el cuaderno o alguna actividad escrita;
- Realizar con frecuencia preguntas concretas para incrementar la participación ordenada de los alumnos;
- Proporcionar recompensas a las intervenciones positivas;
- Es útil interrumpir la transmisión de conocimientos para que los alumnos lo completen o terminen, pues cuando el alumno es más participativo, crece su nivel de atención;
- El profesor puede también entrenar a los alumnos con déficit de atención en estrategias de autocontrol, mediante el uso de registros de control de la atención que el alumno deberá llenar en cada clase y entregarla al profesor para su valoración;
- El profesor deberá estar capacitado para ayudar al niño en el desarrollo de su lenguaje interno, lo que da muy buenos resultados en niños con déficit de atención;
- Reforzar directamente las actividades académicas en niños con déficit de atención;
- El profesor deberá promover la toma de apuntes en los estudiantes durante todo el tiempo que dure su exposición;

Cabe resaltar que los materiales para el entrenamiento de la atención no están restringidos a la edad, como es el caso de las pruebas psicológicas, ya que el objetivo principal es que el niño aprenda inicialmente bajo guía, un dialogo interno y posteriormente se de autoinstrucciones verbales y desarrolle estrategias a través de la resolución de sus tareas, esto quiere decir también que no se deben tomar las tareas de los manuales existentes como un conjunto de ejercicios cuya solución exitosa y repetitiva sea garantía de mejora.

En dicho entrenamiento los terapeutas y profesores pueden emplear tareas de memoria visual, seguimiento visual, laberintos, discriminación visual, búsqueda de semejanzas y diferencias, colorear recuadros y formar un dibujo, secuencias de números, letras, unir puntos, y demás ejercicios, los cuales dependerán también de la creatividad de quien entrena.

Tratamiento farmacológico para el TDAH

Entre el 70 y 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado. Con los fármacos mejoran los síntomas del TDAH, el rendimiento escolar y el comportamiento del niño tanto en casa como en la escuela a nivel relacional. Al mismo

tiempo potencia el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009. Citado en: Petitbò M., *et al.* (2009, p. 33)

Petitbò adicionalmente establece que:

De entre los más utilizados se tiene la disponibilidad en el mercado de dos tipos: a) los psicoestimulantes como el metilfenidato, que puede ser de liberación inmediata (efecto: 4 horas; Dosis: 2-3/día; Efectos secundarios posibles: pérdida de peso y de apetito, insomnio, cefalea, tics e inquietud) o de liberación prolongada (efecto: 18 horas; Dosis: 1/día, por la mañana); b) y los no estimulantes como la atomoxetina (efecto: 18 horas; Dosis: 1/día, por la mañana; Efectos secundarios posibles: pérdida de peso y de apetito, somnolencia, síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas o vómitos, mareos y cansancio, ictericia).

La elección de un fármaco u otro dependerá según la NICE (2009) de condiciones como: existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia, etc.; efectos adversos de la medicación; la existencia de consumo de drogas en el adolescente; las experiencias previas de falta de eficacia con un determinado fármaco; las preferencias del niño/adolescente y su familia; la facilidad de administración. Además no es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria (análisis de sangre, electrocardiograma, etc.) salvo que la historia y/o la exploración del paciente lo aconsejen.

Los efectos secundarios ocurren fundamentalmente al inicio del tratamiento, son poco frecuentes, de poca intensidad, transitorios y de escasa gravedad. En muy raros casos obligan a suspender el tratamiento. (María Dolores Petitbò, *et al.* 2009, p. 33).

Comentarios (Discusión)

- La modificación de determinadas conductas mediante el establecimiento de un programa de refuerzos en que se le indique al niño la razón y forma de conseguirlos determinará un cambio de actitud positiva por medio de la terapia psicológica no invasiva y sin repercusiones fisiológicas o emocionales;
- Los niños con TDAH, no deben ser sacados del sistema educativo normal porque esto tiene un efecto contraproducente, lo correcto es realizar un trabajo interdisciplinario en el cual se conjuguen criterios técnicos de la pedagogía, didáctica, psicología en unísono al respecto de las diferencias individuales establecidas por la biología universal;
- La elección de un fármaco u otro dependerá según la NICE (2009) de condiciones como: existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia..., sin embargo su uso podrá traer efectos colaterales en desmedro de estilos de vida sin dependencias;
- Los ejercicios de motricidad fina, ubicación en el plano gráfico, así como de ubicación espacial y temporal permitirán potenciar las funciones psicomotrices;
- El establecimiento de rutinas afectivas con la madre y la concientización de las posibles consecuencias desarrollarán el área afectiva emocional;
- Los ejercicios de atención y autocontrol mejorarán la capacidad cognitiva y las habilidades intelectuales;
- Los sistemas de comunicación en aula permitirán un reforzamiento académico que sea el eje de la formación integral del niño.

Lista de referencias

Maria Dolors Petitbò, M.D., Alda, J.A., Castro, J., Soutulo, C., & Arango, C. (2009). FAROS. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia ¿qué está sucediendo?). *Conservatorio de salud de la infancia y Adolescencia, San Joan de Déu*, Recuperado el de http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/341.1-Faros_3_cast.pdf

Alfredo Ardila, Mónica Rosselli (2007). *Neuropsicología Clínica. Manual Moderno*: Mexico D.F.

Vargas, Elka. (2015) “Guía de Estudio de la Maestría de Educación Especial: Módulo de Trastornos de la Conducta y la Personalidad”. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial - Dirección de Posgrados. Pp. 31-42