

ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE
CLASE

ADRIANA POSADA MORA

9810139

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE EDUCACION

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR

SANTAFE DE BOGOTA, D.C

2001

ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE
CLASE

ADRIANA POSADA MORA

9810139

Proyecto para optar el título de
Licenciada en Educación Preescolar

Director

LEONARDO RIVERA BERNAL

Magíster en Educación

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR

SANTAFE DE BOGOTA, D.C

2001

A mis papás y

A mis hermanos

Las personas más

Importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a :

Leonardo Rivera, Magíster en Educación, por su valiosa orientación.

Diana Varón, Licenciada en Educación Preescolar y Coordinadora del programa de Licenciatura en Educación Preescolar, por todo su apoyo y constante preocupación durante el desarrollo de este trabajo.

Santafé de Bogotá, Noviembre de 2001

Señores

Comité de trabajos de Grado

Universidad De La Sabana

La Ciudad

Estimados Señores:

Por medio de la presente, quiero hacer entrega de mi proyecto de grado titulado

ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE CLASE, para optar el título de Licenciada en Educación Preescolar.

De antemano, mis agradecimientos por su atención,

ADRIANA POSADA MORA

DIRECTIVAS

Rector : DR. ALVARO MENDOZA RAMÍREZ

Secretario: DR. JAIME MOJICA SÁNCHEZ

Decana de la Facultad de Educación: DRA JULIA GALOFRE CANO

Directora de Pre grado: DRA. CLARA INÉS SEGURA
MORENO

Coordinadora del Programa: DRA. DIANA MARCELA VARON

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	13
1. SITUACIÓN CONTEXTUAL	21
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVOS GENERALES	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. REFERENTES TEÓRICOS	29
3.1. HIPERACTIVIDAD	34
3.1.1. Hiperactividad durante el primer año de vida	35
3.1.2. Hiperactividad durante el segundo año de vida	35
3.1.3. Hiperactividad entre los 3 y 4 años	36
3.1.4. Hiperactividad entre los 6 y 9 años	37
3.2. IMPULSIVIDAD	38

3.2.1. Labilidad Atencional	38
3.3. ANAMNESIS	43
3.4. COMPONENTES BIOLÓGICOS DEL SDAH	44
3.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS	48
3.6. DIAGNOSTICO	52
3.7. TRATAMIENTO	54
3.7.1. Medicamentos	54
3.7.2. Terapia de Comportamiento	56
3.8. RETRASOS EN HABILIDADES COGNITIVAS	56
3.9. DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE EMOCIONES	60
3.10. LA EVALUACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALON DE CLASES	66
3.11. ACTITUDES, PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS PROFESORES SOBRE SUS ALUMNOS CON TDAH	78
3.12. HIPERACTIVIDAD Y AMBIENTE FAMILIAR	86
4. DISEÑO METODOLOGICO	89
4.1. POBLACIÓN	89
4.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	89

4.3. ENTRENAMIENTO EN ASPECTOS COGNITIVO-AFECTIVO	91
5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON NIÑOS HIPERACTIVOS EN EL AREA ESCOLAR	95
6. CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	112

INTRODUCCIÓN

Durante el presente año, se han venido observando, los comportamientos y actitudes que presentan los niños de kinder, del Colegio Nueva Granada, y se pudo detectar que tres niños, presentaban comportamientos diferentes a los demás, pues se movían constantemente y no podían sostener atención por espacios de tiempo superiores a los cinco minutos. Esto hizo que se hablara con los padres de los niños, para saber un poco de su historia y el proceso que se les había seguido. Los tres niños estaban diagnosticados como niños hiperactivos por neurólogos.

Esto hizo que se aumentara el interés por buscar estrategias para el manejo de la hiperactividad en el salón de clase, pues ante todo se buscaba que los niños pudieran tener un buen año escolar, que se adaptaran al colegio, a las normas y que a la vez su autoestima no se fuera a ver disminuida, pues al ser tan inquietos se podía caer en el error de llamarles constantemente la

atención, creando en ellos frustraciones por no poder realizar las actividades igual que sus demás compañeros.

Sin embargo, para poder crear o idear estrategias se necesitaba conocer más sobre el tema, sus causas y posibles tratamientos, al igual que es preciso investigar sobre la autoestima y la manera en que puede afectar el proceso de aprendizaje de estos niños.

Al ser la hiperactividad un déficit que se manifiesta desde los primeros años de vida, pero que únicamente se detecta como tal a partir de los cinco años de edad aproximadamente, se hace necesario que las estrategias se empiecen a aplicar desde el momento mismo en que se detecta, pues entre más rápido se empieza a trabajar en el fortalecimiento de la autoestima y en el aumento de los periodos de atención, menor será el sentimiento de culpa, que indudablemente llevan al fracaso escolar.

Por todo lo expuesto anteriormente, en este proyecto se encontrará una definición de hiperactividad, y algunas estrategias para manejarla, basándonos en el fortalecimiento de la autoestima que le permitan al niño

interiorizar conceptos y dominarse, puesto que en la medida en que el niño se conoce a sí mismo, es capaz de controlar sus movimientos.

Es importante saber que para poder aprender, es necesario fijar la atención y la concentración, dos cosas que para un niño hiperactivo son muy difíciles de lograr, debido a que su cuerpo y su cerebro van a dos ritmos totalmente diferentes, haciendo necesario que el profesor maneje estrategias que le ayuden a centrar su atención, pero sin coartar su expresión y libertad.

Durante la elaboración de esta propuesta surgieron inconvenientes con el tiempo, debido a que el calendario escolar es B, no se pudo sino trabajar en la creación de hábitos y en el refuerzo positivo.

JUSTIFICACIÓN

Es muy común encontrar en las aulas de clase, alumnos a los cuales se hace muy difícil manejar, dado que están en continuo movimiento, lo que constituye un motivo de distracción para sus compañeros, haciendo difícil el proceso de aprendizaje. Esto se ve claramente en aquellos niños que se mueven de un lado hacia otro, captando la atención de los otros niños, y desviándola de la del profesor, creando un problema, porque necesitan de una atención constante, y de un trato especial por parte del educador, además, de que él mismo, no está poniendo atención, se está distrayendo con todo lo que hay a su alrededor, haciendo más difícil la asimilación de los conceptos que el profesor está enseñando.

Los alumnos de por sí se encuentran rodeados de infinidad de estímulos que hacen difícil la fijación de la información. Para los niños que han sido diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad, es aún más difícil su adaptación al Colegio, y la fijación de información, por su incapacidad para atender durante períodos de tiempo, a un solo estímulo.

Es por ello que se hace necesario, determinar formas y de establecer técnicas o procedimientos, que le permitan al profesor, captar la atención del niño con Déficit de atención e hiperactividad, para contribuir con el proceso de consolidación de la personalidad y autoafirmación, de sus capacidades, las cuales se lesionan ante la inestabilidad, que afecta a estos estudiantes.

Cuando se habla de hiperactividad, debemos tener en cuenta que son muchos los aspectos que afectan al niño, no solamente porque se está moviendo sin un aparente control, sino porque le está afectando sus capacidad de atención, generando en él, un fracaso, que indudablemente, lo lleva a bajar su autoestima porque se siente incapaz, es decir que la frustración, viene a sumarse a los problemas que todo niño con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) debe afrontar. Por ello, conviene partir de la siguiente premisa:

"No siempre puedes controlar lo que pasa fuera, pero sí puedes controlar siempre lo que pasa dentro".

"(...), porque estos niños a menudo tienen problemas para mantener la atención en el curso de tareas que requieren un esfuerzo significativo y para completar sus trabajos independientes en el salón de clase. Su performance en el salón , puede verse comprometido, por falta de atención a las instrucciones que posibilitan la ejecución de las actividades. Son otros posibles problemas asociados con la inatención, la pobre ejecución en tests, deficientes habilidades de estudio, cuadernos, escritorios y entregas escritas desorganizadas y falta de atención a la exposición del docente y/o discusiones grupales."

"Los niños con TDAH a menudo perturban las actividades en el salón de clase y de esta manera perjudican el aprendizaje de sus compañeros. Por ejemplo, la impulsividad de ellos, puede exhibirse de formas variadas, incluyendo frecuentes expresiones en voz alta y sin autorización, hablando a sus compañeros en momentos inapropiados, enojándose cuando deben enfrentar reprimendas o tareas frustrantes. La precisión en las

tareas, tanto en el aula como en el hogar, también puede ser dañada debido a un estilo impulsivo y descuidado de abordar estas tareas."

"Problemas relacionados con la sobreactividad pueden evidenciarse al dejar los niños, sus asientos sin permiso, jugar con objetos inapropiados (por ejemplo, materiales en escritorio no relacionados con la tarea en ejecución), golpeteo con manos o pies y moverse o bambolearse en el asiento" (G. DuPaul & G. Stoner, 1994).

Además de los problemas directamente vinculados con aquel grupo de síntomas primarios, aparecen dificultades de otro tipo, aunque con frecuencia estadística, algo menor: *"la escuela comienza demasiado a menudo con un fracaso... y desde allí (el niño con TDAH) continúa cuesta abajo" (R. Reeve, 1994).*

Por ello, sabemos que un niño con TDAH y de igual capacidad intelectual que otro niño tiene más posibilidades de fracasar en la escuela ya que es usual verificar un rendimiento académico crónicamente por debajo de sus posibilidades. (G. Weiss y col., 1971 y R. A. Barkley, 1998). Si evaluamos el desempeño a la edad de 17 años, es probable que el ahora adolescente con TDAH ya haya perdido un año escolar (B. Ingersoll, 1988) o que un 35% haya dejado la escuela (G. Weiss & L. T. Hechtman, 1993).

La hiperactividad infantil es considerada actualmente un trastorno de conducta que se caracteriza básicamente por la imposibilidad de mantener la atención en una situación durante un período de tiempo razonablemente prolongado.

Los síntomas que podemos encontrar en los niños que lo sufren son:

Una actividad motriz excesiva (se mueven constantemente y mucho más que lo "normal") además, su movimiento no parece justificado por la necesidad de hacer algo; parece que " se mueve por moverse ".

Una gran impulsividad, que se pone de manifiesto cada vez que tienen que responder a una pregunta o tomar una decisión. Actúan sin detenerse primero a pensar.

No suelen terminar aquello que empiezan.

Falta de atención, les dificulta aprender muchas cosas, por eso presentan retrasos generalizados en su desarrollo: social, escolar, personales, etc..

Dificultades sociales, muestran dificultades para relacionarse principalmente en el ámbito escolar tanto con profesores como con compañeros.

Suelen perder o extraviar sus cosas, ya sean útiles o sus pertenencias.

Movimientos. Sus movimientos suelen ser bruscos, rápidos y, consecuentemente, torpes.

Este es un fenómeno considerado, en primer lugar sociológico, ya que esto ocurre también en casos de: enuresis nocturna infantil, problemas de aprendizaje, problemas de conducta (indisciplina), miedos infantiles, y otros.

Lo expuesto anteriormente, muestra cómo los síntomas que produce éste déficit, contribuyen a una pobre adaptación de los niños que lo padecen, además de constituirse en una problema de manejo por parte de padres y profesores debido a que no se tiene la suficiente formación para manejar éste tipo de deficiencias en el aula de clases, ni en la casa, lo cual conlleva a un círculo inmanejable debido a que los padres son llamados por los profesores a tomar decisiones en pro de los procesos de aprendizaje que presentan deficiencia y que no sabe por qué se están produciendo, haciendo que los niños que no son entendidos sean marginados o considerados problema, lo cual afecta al niño seriamente es su autoestima, y todo por la

falta de estrategias pedagógicas que contribuyan a su adaptación, haciendo que surja la necesidad de:

Crear estrategias de manejo de niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad, para su Manejo en el Salón de Clase.

1. SITUACION CONTEXTUAL

El Colegio Nueva Granada fue creado en el año 1938 con el nombre de Anglo American School. Era un pequeño colegio dedicado a la enseñanza del inglés, pues los ingenieros que venían a trabajar en las multinacionales, querían que sus hijos continuaran con la educación americana, así que una de las señoras se dedicó a enseñarle a los hijos de los ejecutivos historia y matemáticas, les hacía los exámenes y los enviaba a Washington a que los corrigieran. Todo esto hizo que la educación fuera personalizada.

En Julio de 1942, el gobierno colombiano expidió una ley por la cual se le prohibía a los colegios que tuvieran nombre de origen extranjero así que el colegio se vio en la necesidad de cambiar su nombre por el que actualmente tiene: Colegio Nueva Granada.

Aún cuando Colombia es un país católico, la junta directiva de ese entonces habló con Monseñor Emilio de Brigard para pedirle autorización a la Curia

para que el colegio tuviera libertad de culto, puesto que ninguno de ellos era católico. Esta autorización le fue dada, y por ello el colegio tuvo poca aceptación en la sociedad.

En 1955 el colegio adoptó los colores azul y blanco como distintivos, por eso en la bandera, el blanco está en la parte superior y el azul en la inferior.

A medida que fueron pasando los años, fueron ingresando muchos niños, haciendo necesario un cambio de sede y fue así como se compró un terreno más amplio, con posibilidades de expansión, que es, en el que actualmente funciona, situado en la avenida circunvalar con calle 70.

En 1960, tres estudiantes obtuvieron becas, para continuar sus estudios, en importantes universidades de los Estados Unidos, adquiriendo así estatus internacional. En 1961, fue certificado y aprobado por la Southern Association of Colleges and Schools (SACS).

Hoy en día, después de 60 años de fundado, cuenta con 200 profesores entre nacionales y extranjeros, y con 1437 alumnos de los cuales el 76% son colombianos, un 9% son de familia colombiana casada con extranjero, un 9% son norteamericanos y el 4% restante son coreanos, canadienses y suramericanos.

El colegio está dividido en cuatro escuelas: primaria (Kinder 4 a 2° de primaria), elemental (3° a 5° elemental), escuela media (6° a 8° grado) y escuela alta, que a su vez, está dividida en bachillerato y High School (9° a 12° grado). Cada nivel cuenta con 5 grupos, con un promedio de 20 alumnos por clase, de un nivel socio-económico y cultural, alto, donde los padres de los alumnos son profesionales y gran parte de ellos ocupan cargos de mucha importancia tanto a nivel nacional como internacional.

Se cuenta con una Asociación de Padres de Familia, PTA (Parent-Teacher Association) la cual organiza, durante el año escolar, actividades para el bien del colegio y del profesorado.

El Proyecto Educativo Institucional (PEI) determina que el colegio es una institución Educativa orientada bajo las políticas estatales que dirigen la educación en Colombia. El acatamiento de estas políticas permite su organización y fundamenta la vida estudiantil, ya que todas las actividades escolares buscan el beneficio de la comunidad. Su responsabilidad profesional es formar hombres con capacidad de raciocino, capaces de entender la moralidad de sus actos y de adaptarse al medio.

La misión del colegio es formar líderes capaces de desempeñarse a nivel nacional e internacional, adaptarse a los cambios constantes y al avance tecnológico del mundo actual.

Así mismo, su filosofía consiste en maximizar el desarrollo cognitivo, ético, creativo, emocional y físico de cada estudiante, en un programa bilingüe, utilizando así todo su potencial para fortalecer su sentido de responsabilidad por sí mismo y por los demás.

Por último, el colegio busca que sus bachilleres sean pensadores creativos y críticos permanentes, aprendices, ciudadanos internacionales, productivos, responsables y buenos líderes del siglo XXI.

El colegio no profesa ningún credo en particular, y se respeta las diferencias de las personas. Esto ha hecho que no solamente estudien niños de diferentes religiones, sino que se han aceptado niños con diferentes tipos de deficiencias, y aunque el profesorado siempre ha contado con el apoyo incondicional del Departamento de Psicología, se ha visto la necesidad de ir formando a los maestros en el manejo de los niños con dificultades.

En los últimos años se ha visto, cómo, de manera asombrosa, se han ido aumentando los casos de niños con TDAH, y se han estado buscando diferentes estrategias, para que junto con los padres, se haga un trabajo combinado que permita ayudar a estos niños, sin afectar su autoestima.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir con el proceso de socialización y participación de los niños con Déficit de atención e Hiperactividad para hacer más efectivo el manejo en el aula de clases.

Diseñar estrategias metodológicas tendientes a fortalecer la autoestima de niños con diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad para contribuir con el proceso de aprendizaje y hacer más adecuado su manejo en el aula de clases.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar estrategias tendientes a desarrollar el control e independencia personal en niños Hiperactivos,

Desarrollar actitudes positivas en el profesorado y padres de familia que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los niños con TDAH.

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños mediante su adaptación al Colegio, a normas y procedimientos.

3. REFERENTES TEORICOS

Dentro de las tareas del desarrollo del niño en edad escolar están las de adecuar su conducta y su ritmo de aprendizaje a las exigencias del sistema escolar, logrando así interactuar socialmente en forma adecuada con adultos de fuera del sistema familiar y con su grupo de compañeros. El cumplimiento de estas tareas es básico para el desarrollo de una buena autoestima y actúa como elemento protector de la salud mental del niño.

En general, el desarrollo infantil normal es bastante armónico, existiendo un paralelismo en las diversas áreas del desarrollo, que permite que el niño se adapte fácilmente a las exigencias de su medio ambiente y que su conducta sea relativamente predecible.

Pero, existe un grupo relativamente importante de la población infantil en que este desarrollo armónico no se da, lo que determina estilos cognitivos y

conductuales diferentes. Este grupo está constituido por los niños portadores de los denominados Trastornos del Desarrollo.

Los Trastornos del Desarrollo se definen como aquellas desviaciones en el patrón de desarrollo infantil que exceden el rango normal de variación porque ocurren ya sea en un tiempo, una secuencia o un grado no esperado para la edad del niño o etapa del desarrollo. Suponen, por definición, una inteligencia normal, ausencia de déficits sensoriales significativos y ausencia de lesión cerebral.¹

La incidencia de estos trastornos es muy variable y depende de las categorías diagnósticas en uso. Se ha informado que afectarían a alrededor del 15 % de la población infantil en edad escolar. Su intensidad también es muy variable, haciendo, que a veces sólo se manifiesta ante exigencias ambientales demasiado altas para el niño.

Por otra parte, como existe una evidente incidencia familiar y predominante 2-4 veces más en el sexo masculino (lo que hacen suponer una fuerte base

genética), es a veces difícil diferenciarlos de estilos cognitivos y conductuales distintos, propios de algunas familias, que sólo representan variación estadística en una población determinada.

De acuerdo al tipo de funciones neurológicas que experimenten un desarrollo relativo más lento, serán las manifestaciones clínicas que mostrará el niño. Así, por ejemplo, una combinación de dificultades en atención selectiva, control de impulsos, control emocional y control del grado de actividad motora, se manifestará como una dificultad importante del niño para adecuar su conducta a las exigencias de su medio ambiente. Esto sucede con los niños portadores de Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Cuando la variación de funciones que experimenta el niño, se da en una combinación de dificultades viso-espaciales, organización de las secuencias temporales, memoria, control de la motilidad voluntaria y funciones cerebrales superiores, la manifestación será un Trastorno de Aprendizaje Escolar. Pero además, puede desviarse el patrón de maduración del sueño y

¹ DSMIV

control de esfínteres (Enuresis nocturna primaria), el desarrollo del habla y lenguaje o el control motor (Dispraxia del desarrollo).

Existe una variada gama de posibilidades de combinación de estos síntomas o desviaciones del patrón normal, según las definiciones neurológicas del desarrollo, que acompañarán al niño por períodos largos de tiempo, y que se expresarán clínicamente como variaciones en la conducta infantil y/o el ritmo de aprendizaje escolar. Muchas de ellas llevan a que el niño afectado sienta crónicamente, que no cumple las expectativas de su medio, con el consiguiente impacto emocional negativo.

A continuación se enfocará la vertiente conductual de los niños con trastornos del desarrollo expresada en el así denominado "niño hiperquinético".

Actualmente, después de haber pasado por una serie de denominaciones que se iniciaron con el de "Daño Cerebral Mínimo" y continuaron con la de "Disfunción Cerebral Mínima", se usa el diagnóstico de "Trastorno de Déficit

de Atención e Hiperactividad" (TDAH), que de acuerdo con la DSM IV diferencia 2 subgrupos:

Subgrupo TDAH (Trastorno De Déficit De Atención E Hiperactividad) con conducta disruptiva, en que predominan síntomas de trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de conducta, labilidad emocional y resistencia al condicionamiento.

Subgrupo TDAH con trastorno específico de aprendizaje, en el que predominan los déficits perceptual y cognitivo, déficit atencional, y se expresa por bajo rendimiento en destrezas académicas específicas.

Las manifestaciones cardinales del TDAH son:

- hiperactividad
- impulsividad
- inatención o labilidad atencional

Estas manifestaciones están asociadas a un grado variable de labilidad emocional y alta resistencia al condicionamiento (es decir, la capacidad de modificar la conducta en base a refuerzos externos: premios o castigos). Dependiendo de su intensidad, se pueden manifestar precozmente en la vida del niño, siendo notorios en muchos casos, ya en el primer año de vida.

3.1 HIPERACTIVIDAD

Consiste en una actividad motora excesiva y desorganizada; el niño tiene dificultad para quedarse quieto en los momentos en que debe hacerlo. El niño va a ser descrito como "en permanente movimiento", o "dirigido por un motor". A distintas edades se expresa de manera distinta.

3.1.1 Hiperactividad en el 1er año de vida:

Trastorno del sueño

Cólicos importantes

Irritabilidad

Dificultad en la alimentación

Vómitos voluntarios

Poca adaptación a los cambios de rutina

3.1.2 Hiperactividad en el 2º año de vida:

"Nunca camina, siempre corre"

Muy inquieto, salta constantemente

Destructivo, con ausencia de temor al peligro

No persevera en ningún juego

Toma un objeto tras otro

Se intoxica con medicamentos y otras sustancias

3.1.3 Hiperactividad entre los 3-4 años de vida:

Siempre está pidiendo algo y parece no escuchar

No puede jugar solo y cambia de actividad constantemente

No puede jugar con otros niños

No responde a premios ni castigos

Es rechazado por extraños al hogar

En Jardín Infantil no acata normas ni sigue instrucciones

3.1.4 Hiperactividad entre los 6 y 9 años:

Problemas de conducta escolar

Dificultades de aprendizaje escolar

Estilo conductual y cognitivo impulsivo

Alta distractibilidad

Baja tolerancia a las frustraciones

La conducta hiperactiva tiende a atenuarse desde los 12 años hacia arriba.

En el adolescente se manifiesta fundamentalmente como una necesidad de someterse a una mayor cantidad de estímulos ambientales y experiencias

nuevas, con dificultad para funcionar en tareas sedentarias y posponer la satisfacción inmediata de necesidades.

3.2 IMPULSIVIDAD

Se manifiesta claramente en el estilo conductual del menor, en que a menudo actúa sin pensar y le cuesta anticipar las consecuencias de su conducta. Entra en conflictos con su grupo porque frecuentemente no respeta turnos en juegos o en situaciones de grupo. En su trabajo escolar, tiene excesivos cambios de una actividad a otra, con dificultad para organizar su trabajo y necesidad de mayor supervisión de adultos.

3.2.1 Labilidad atencional

Se expresa como dificultad en cualquier labor que requiera de atención sostenida. Esto significa dificultad para concentrarse y perseverar en tareas

escolares y también en situaciones de juego. Estos niños a menudo parecen no escuchar.

Todas las manifestaciones previamente descritas tienden a atenuarse a medida que el niño se acerca a la pubertad. Pero, como por otra parte, las exigencias del ambiente aumentan, estas características se transforman en crónicamente desadaptativas e interfieren en la conducta del niño por períodos largos de tiempo.

Las familias y el medio escolar de estos niños hiperactivos, impulsivos, con juicio pobre, poco tolerante a las frustraciones, a veces destructivo, reaccionan con rabia, rechazo, aislamiento o vergüenza. Esta reacción determina a su vez, en el niño sentimientos de rabia, frustración, aislamiento y, finalmente, pobre autoimagen y conductas agresivas, que a su vez aumentan el rechazo a que es sometido el menor.

La vertiente no disruptiva conductualmente del TDAH es la asociada a Trastornos específicos de Aprendizaje escolar. El concepto de Trastorno Específico de Aprendizaje se refiere a niños de inteligencia normal, que no

teniendo trastornos emocionales significativos ni limitaciones motoras o sensoriales, tienen dificultad para aprender algunas tareas específicas, tales como la lectura o el cálculo matemático, presentadas a través de métodos de enseñanza convencionales.

La dificultad de aprendizaje de la lectura: la dislexia, es el trastorno de aprendizaje más frecuente. Pero un niño disléxico frecuentemente tiene dificultades de aprendizaje en otras áreas, tales como la escritura o las matemáticas, o como sucede frecuentemente, problemas en el uso del lenguaje oral.

El criterio diagnóstico para dislexia más comúnmente aceptado es el de destrezas lectoras descendidas en 2 o más años que lo esperado para el curso y edad del niño. Sin embargo, este criterio tiende a subestimar la severidad del trastorno en niños de poca edad y cursos inferiores. Además de tomar en cuenta el nivel de rendimiento en lectura, el diagnóstico de dislexia debe basarse en el estilo de lectura que tiene el niño, evaluando el tipo de errores que comete y las estrategias compensatorias a que recurre.

La incidencia actual de dislexia es difícil de determinar y depende de las categorías diagnósticas en uso. Las cifras estimadas van entre 5 % a 15-20 % de la población infantil.

Existe, en general, una clara asociación entre dificultades de aprendizaje de la lectura y déficit atencional. Sin embargo, existen niños con trastornos específicos de aprendizaje que se dan en forma relativamente pura. Este grupo se caracterizará por:

- Problemas de atención sólo en el trabajo académico
- Comportamiento adecuado para la edad
- Habilidades para la lectura y matemáticas por debajo de lo esperado para su edad y capacidad intelectual.

También existe otro grupo poco numeroso de niños que tienen un TDAH prácticamente no asociado a trastornos específicos de aprendizaje. Este grupo se caracteriza por:

- Bajo rendimiento global o rendimiento altamente irregular
- Inmadurez emocional e impulsividad
- Habilidades adecuadas para la lectura y las matemáticas

Ampliando un poco más la visión del problema, ante un niño con dificultades de conducta y/o aprendizaje escolar deben considerarse los siguientes aspectos:

- Déficit sensoriales (auditivos y visuales)
- Trastornos cognitivos: retardo mental, déficit atencional, trastornos específicos de aprendizaje
- Enfermedades crónicas (que lleven a ausentismo escolar)
- Factores pedagógicos: pedagogía inadecuada, enseñanza en otro idioma, inicio precoz de la escolaridad

- Factores emocionales: disfunción familiar, trastornos por ansiedad, depresión primaria
- Factores ambientales: medio cultural deprivado, bajas expectativas de logro
- Evaluación diagnóstica del niño con dificultades escolares

3.3 ANAMNESIS

Debe explorarse detalladamente: las dificultades escolares actuales, la historia escolar del menor, el estilo conductual del niño y su relación con pares, adultos del sistema escolar y con su familia. En este aspecto, es muy útil contar con un informe escolar. Deben ser explorados también los cambios en el apetito, las características del sueño y síntomas somáticos que apunten a ansiedad. La historia perinatal detallada y el desarrollo psicomotor temprano son importantes, al igual que la patología previa del menor. En la historia familiar interesa, no sólo los antecedentes de problemas conductuales o escolares de los padres, sino que el funcionamiento del sistema familiar.

En resumen, la historia debe cumplir 4 objetivos primarios:

- Describir el tipo y severidad de la disfunción del niño, con su evolución temporal
- Identificar y aislar las condiciones médicas crónicas que influyan en la conducta y/o aprendizaje
- Identificar patrones familiares de disfunción
- Identificar comorbilidad en el niño (trastornos por ansiedad, depresión, disfunción familiar)

3.4 COMPONENTES BIOLÓGICOS DEL SDAH

Existe un fuerte componente biológico y genético que explica casi en 80% el origen de la enfermedad. Por eso, es común observar el mismo problema en varios miembros de una familia, sobre todo en los hijos de un individuo afectado. El ambiente psicosocial inadecuado (privación psicoafectiva,

situaciones de estrés), junto con algunas complicaciones que ocurren en la infancia temprana, interviene en una proporción pequeña de apenas 20%.

Existen creencias infundadas sobre las causas de esta condición médica. No es cierto que sea producida por ver demasiada televisión o consumir azúcar en exceso. Tampoco es debido a un mal ambiente escolar o problemas con los padres. Por lo tanto, las dietas estrictas o el cambio frecuente de colegio no suele mejorar en gran medida la conducta hiperactiva.

Los científicos han descubierto anormalidades en regiones específicas del sistema nervioso que explican dicha dolencia. Por ejemplo, han encontrado cambios negativos en el lóbulo frontal, órgano del cerebro que interviene en el control de la conducta, en la solución de problemas y en la capacidad para mantener la atención. Esto explica la dificultad de los enfermos para controlar el comportamiento, filtrar los estímulos y permanecer atentos. Otra región comprometida corresponde a los ganglios basales, que son agrupaciones de neuronas (células nerviosas) localizadas en la profundidad del cerebro y que trabajan de manera coordinada con el lóbulo frontal (**figura 1**).

Conforme progresaban las investigaciones, aparecieron sorprendentes hallazgos que ayudaron a resolver enigmas adicionales. Dos sustancias químicas que utilizan las neuronas para comunicarse entre sí, dopamina y noradrenalina, están alteradas en los niños con déficit de atención e hiperactividad pero no en sujetos sanos. Así, mientras tales compuestos abundan en los ganglios basales y el lóbulo frontal de personas normales, no están disponibles en suficiente cantidad en los enfermos hiperactivos. Por tal motivo, el funcionamiento del cerebro es defectuoso y, sin tratamiento, el estado de anormalidad es permanente (**figura 2**).

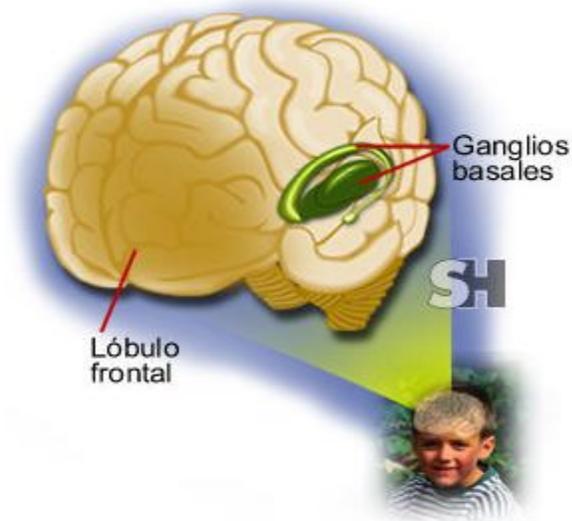


Figura 1. Los ganglios basales y los lóbulos frontales son dos estructuras afectadas en los niños con déficit de atención e hiperactividad.

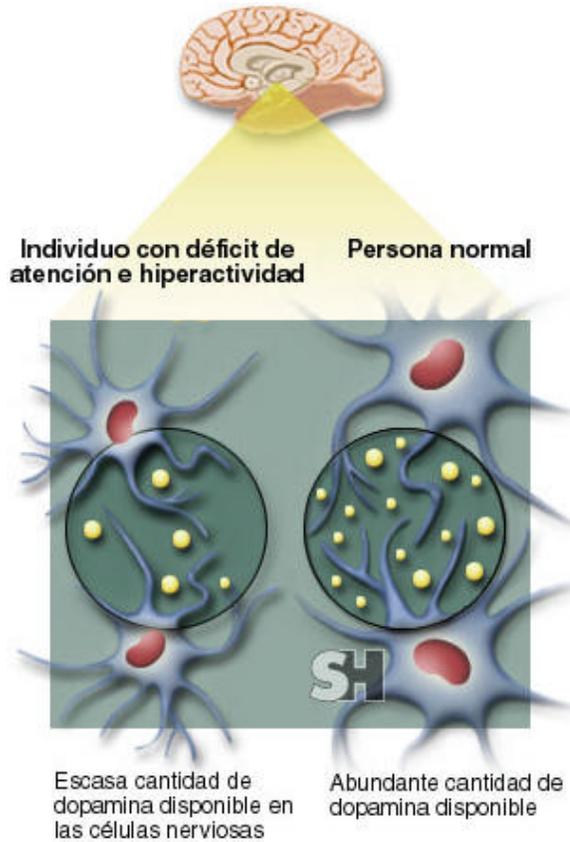


Figura 2. Diferencias entre una persona normal y un individuo con déficit de atención e hiperactividad.

Como los psicoestimulantes y antidepresivos utilizados para combatir el padecimiento aumentan la disponibilidad de dopamina y noradrenalina en el sistema nervioso, nadie debe estar sorprendido por la increíble eficacia de dichos medicamentos. Incluso, los beneficios que proporcionan son superiores a los obtenidos con otras modalidades de intervención, inclusive la psicoterapia.

3.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Durante la etapa preescolar y el comienzo de la escolar (es decir, entre los 3 y 7 años) suelen aparecer las primeras manifestaciones. Aunque comienza en la infancia, la evolución tiende a ser crónica y hasta 50% de los pequeños continúan en tratamiento después de la adolescencia. Así mismo, una proporción importante todavía exhibe un comportamiento inadecuado cuando son adultos. En el espectro clínico existen tres categorías principales de síntomas, a saber: Déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (**figura 3**).

Las fallas de atención están representadas de diferentes maneras: son distraídos por naturaleza, no parecen escuchar y es necesario repetir varias veces las órdenes antes que sean obedecidas. Olvidan con facilidad y suelen perder los objetos. Se muestran descuidados en sus acciones, inconstantes en las tareas y cometen múltiples errores por no prestar importancia a los detalles. Hablan en exceso pero les cuesta trabajo seguir el hilo de la conversación, pasando de un tema a otro en completo desorden.

El espectro de hiperactividad también tiene diversas manifestaciones. Por lo general son los chicos más ruidosos de la clase y tienen dificultades al participar en actividades silenciosas como leer o dibujar. Entran y salen del salón sin motivo aparente y es común verlos trepando, corriendo o saltando en circunstancias inapropiadas, cuando deberían mantener la calma. Si están sentados hacen ruido con el lápiz, mueven los pies, juegan con las manos o realizan contorsiones hasta que finalmente se ponen de pie.

La impulsividad está reflejada de varias maneras: interfiere con las actividades de los demás, participa en conversaciones ajenas y obtiene conclusiones apresuradas. No respeta las reglas de convivencia y es caprichoso en los juegos ya que no reconoce normas ni acuerdos. Es típico que actúe antes de pensar y corre riesgos innecesarios por su incapacidad para prevenir los peligros.



Figura 3. Principales manifestaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Las complicaciones a largo plazo son innumerables si no se toman medidas oportunas. Es común el fracaso escolar y los logros intelectuales son inferiores a los parámetros normales de su edad. Esto ocasiona una gran frustración en el pequeño, que puede manifestarla de diversas maneras. Por

ejemplo, siente molestias corporales como dolor de cabeza o estómago cuando tiene que asistir al colegio, se torna irritable o temeroso, o bien, exhibe conductas agresivas o destructivas.

También disminuye la autoestima y aparecen cuadros depresivos, pues es consciente de las dificultades académicas y su incapacidad para conservar los amigos. Además, no entiende por qué sus padres y maestros son tan severos, mientras que los compañeros de curso lo consideran desagradable, tonto o anormal.

Esto conduce con frecuencia a deserción escolar y pobre rendimiento laboral en la etapa adulta, con aparición de complicaciones adicionales como delincuencia, adicción a sustancias psicoactivas, alcoholismo o personalidad antisocial.

3.6 DIAGNÓSTICO

Para llegar a un diagnóstico correcto, los profesionales de la salud utilizan la información aportada por los padres y maestros, pues no existen exámenes de laboratorio que permita detectar los chicos con problemas.

Es importante reconocer que no todos los individuos hiperactivos son anormales: los niños más pequeños despliegan una gran energía y tienen dificultades para prestar atención. De hecho, constituye una etapa normal del desarrollo que desaparece en forma paulatina conforme pasan los años. Por eso, sólo aquellos chicos que exhiben una conducta radicalmente diferente con respecto a los demás compañeros de su misma edad deben ser considerados como sujetos con déficit de atención e hiperactividad.

Así mismo, bajo ciertas circunstancias especiales los niños sanos muestran problemas de conducta y atención, como sucede ante situaciones de abuso o violencia familiar, sobrecarga académica o inconvenientes en el colegio.

Sin embargo, son respuestas transitorias y siempre en el ambiente que produce el conflicto (por ejemplo, son calmados en la escuela pero demasiado activos en el hogar). Por el contrario, en el déficit de atención e hiperactividad los problemas son permanentes y en todos los contextos.

Otras condiciones médicas como los trastornos de aprendizaje, defectos sensoriales (por ejemplo, sordera), ansiedad, exposición a sustancias tóxicas y otros desórdenes mentales producen síntomas similares al déficit de atención e hiperactividad. Por tal motivo, el médico o psicólogo debe realizar un estudio exhaustivo para descartar alguna de estas enfermedades.

3.7 TRATAMIENTO:

3.7.1 Medicamentos

A pesar de la controversia que existe y la oposición de muchos padres, las investigaciones efectuadas en los últimos años han demostrado que los

medicamentos son la mejor forma de tratamiento disponible para el déficit de atención e hiperactividad. Es importante entender que son ayudas necesarias como serían los anteojos para una persona que no puede ver bien. Los agentes de primera línea están representados por psicoestimulantes derivados de las anfetaminas: metilfenidato, dextroanfetamina y pemolina. Como fue mencionado, el mecanismo de acción consiste en aumentar la disponibilidad de dopamina y noradrenalina en el sistema nervioso. En segundo lugar encontramos a los antidepresivos tricíclicos imipramina, desipramina y nortriptilina. Al igual que el grupo anterior, regulan los circuitos cerebrales de dopamina y noradrenalina.

Aunque carecen de los efectos colaterales propios de los psicoestimulantes y algunos padres se sienten más seguros, la eficacia es menor y por eso estarían reservados sólo cuando no es posible utilizar medicamentos de primera opción. Por lo general, es necesario mantener el tratamiento por varios años, incluso después de la adolescencia. No obstante, cada año puede ser suspendido por varias semanas, para determinar si es necesario continuar la terapia. Los efectos colaterales incluyen insomnio, pérdida del apetito y en ocasiones disminución de peso. Esto podría afectar el crecimiento del pequeño, pero al retirar los medicamentos en vacaciones aumenta de nuevo el consumo de alimentos y es suficiente para recuperar

los centímetros atrasados. Algunos padres temen que tales productos generen adicción en los niños. Esto es falso, la prescripción cuidadosa por un médico evita ese tipo de riesgos. Incluso, las posibilidades de convertirse en adicto son mayores entre los individuos que no reciben tratamiento, lo cual ocasiona deserción escolar, dificultades laborales y problemas de delincuencia en la etapa adulta, tal como fue anotado. Por último, no hay que olvidar que los problemas de hiperactividad pueden persistir por muchos años y tanto los padres como los maestros deben aprender a convivir con él. Sólo en un ambiente sano de comprensión y voluntad de ayuda es posible alcanzar los objetivos propuestos.

3.7.2 TERAPIA DE COMPORTAMIENTO

Otros problemas subsiguientes al déficit atencional y a la hiperkinesia, que se ponen de manifiesto en la mayoría de las investigaciones y comunicaciones de padres y profesores de niños y adolescentes con TDAH, que no han recibido un tratamiento específico desde la primera infancia, son los siguientes:

3.8 RETRASOS EN HABILIDADES COGNITIVAS

Por lo general, el comportamiento del niño debe ir manifestándose secuencial y progresivamente por medio de procesos: a) impulsivos, b) hábitos instrumentales (aprendizajes operantes) y c) cognitivos.

Los procesos cognitivos constituyen el último y más importante de los recursos adaptativos del hombre, para cuyo uso necesita aprender tanto cogniciones concretas, como procesos y estrategias. Una de las más importantes estrategias son las de auto-regulación de la conducta instrumental mediante el empleo de “verbalizaciones internas” o “discurso privado” (Bornas, X. et al., 2000)²

Se comprueba en escolares con TDAH una ausencia o reducción de estas verbalizaciones internas, lo cual ya no se encuentra en jóvenes y adultos.

² Bornas, X. et al BORNAS, X, y SERVERA, M. (1996): La Impulsividad Infantil. Un enfoque cognitivo-conductual. Madrid: Siglo XXI

Por lo tanto, se trata, solamente, de un retraso notable en la adquisición de esta fórmula de regulación del comportamiento.

Con frecuencia manifiestan dificultades para: "parar y pensar" antes de actuar, esperar su turno cuando están jugando, hablando con los demás, o esperando una cola; para evitar distraerse mientras están concentrados o trabajando en algo y para trabajar por recompensas a largo plazo en lugar de inmediatas.

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

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

Una clase especial de estas habilidades son las estrategias de solución de problemas. Los niños con TDAH manifiestan mucha menos fluidez y flexibilidad cognitiva (Kirby, E.A. y Grimley, A.K., 1992)³. De hecho, los niños con TDAH, en el test EVHACOSPI (García P. y Magaz A., 1998⁴) se muestran muy poco hábiles a la hora de pensar diversas alternativas para resolver problemas interpersonales. Utilizan siempre la misma estrategia que se les ocurrió inicialmente y tratan de resolver la situación de forma rápida y poco reflexiva.

Este modo de actuar se percibe en cualquier contexto en el que realicen actividades prolongadas, dirigidas a objetivos; o se encuentren con obstáculos para conseguir éstos. En esos momentos, los sujetos deben ser capaces de generar de manera rápida una variedad de alternativas, considerando sus respectivas consecuencias, y seleccionando entre ellas una que tenga probabilidades de superar los obstáculos, de tal manera que pueda continuar en la consecución del objetivo. Las personas con TDAH

³ KIRBY, E.A. y GRIMLEY, A.K., 1992 KIRBY, E.A. y GRIMLEY, A.K. (1992): Trastorno por Déficit de Atención. México: Limusa.

encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar; con frecuencia abandonan sus objetivos y no se toman tiempo para pensar en opciones que les puedan ayudar a tener éxito en la consecución de los mismos.

3.9 DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE LAS EMOCIONES

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

⁴ García P. y Magaz A., 1998 GARCIA PEREZ, E.M. (2000): Niños-as Hiperactivos-as. Guía para Padres y Profesionales. Bilbao: Grupo ALBOR-COHS. (en prensa).

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

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

Los objetivos del tratamiento consisten en controlar los síntomas, prevenir las complicaciones y reintegrar el niño a su ambiente social, para lograrlo es

indispensable la participación de los padres, maestros y diferentes profesionales de la salud, como médicos, psicólogos, pediatras, psiquiatras infantiles o neurólogos, entre otros (**figura 4**).



Figura 4. Tratamiento del déficit de atención e hiperactividad.

Una de las estrategias que mejores resultados ha dado es la terapia de comportamiento a través de la modificación de conductas con base en el autocontrol y la autoestima.

Para Cruz R.(1997)⁵ la autoestima es una simple condición humana, un sentido de aprecio personal que se caracteriza por la aceptación personal, las personas con una autoestima alta son personas satisfechas y orgullosas de sí mismas, conformes con su desempeño que además, por lo general, son apreciadas dentro de su comunidad. El nivel de autoestima varía de un individuo a otro dependiendo de factores como la educación, el ambiente social y la historia personal. Hay personas con mayor o menor autoestima, o lo que es lo mismo, mayor o menor aprecio, aceptación, atención y amor a sí mismas.

Los estudios de D'Amato citado por Cruz (1997) demuestran que las ratas, pichones y niños en ocasiones trabajan para ganar premios aun cuando puedan conseguir lo mismo sin esforzarse. Lo cual conlleva a pensar que la autoestima puede ser una motivación esencial para la vida.

Charms, (1968) en un experimento con monos manipuló un rompecabezas por el simple hecho de hacerlo, luego se introdujo una recompensa de fruta gratis a los monos y perdieron el interés en el rompecabezas. Charms demostró que las recompensas externas o ajenas a la tarea minan la

⁵ Cruz

motivación. Hombres y animales prefieren ganar premios intrínsecos a la tarea.

En 1958 y 1959 Harlow y Zimmerman separaron a un grupo de monos de sus madres y se les dieron dos madres sustitutas, una de alambre y otra de tela afelpada; un biberón con leche caliente se ponía en la madre de alambre. Cuando los monos tenían miedo corrían hacia la madre de tela suave que les proporcionaba suavidad, pero no alimento ni calor. Esto explica tal vez la importancia de las caricias en la autoestima.

Los estudios anteriores permiten observar que el desarrollo de una buena autoestima y técnicas de autocontrol beneficiarán a los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la que se involucran padres y profesores.

En una fase inicial, los padres y maestros son instruidos acerca de la enfermedad y las medidas para tratarla. A continuación, son instauradas una serie de recomendaciones que permitirán controlar la conducta, mejorar el autocontrol del niño, superar las dificultades y aumentar la autoestima.

En primer lugar, los adultos deben establecer reglas estrictas inviolables. Por ejemplo, no salir del salón durante las clases o comer siempre a la misma hora. Para que resulte efectivo es mejor comenzar sólo con 1 ó 2 puntos, para agregar nuevas restricciones cuando el niño cumpla con las primeras. De esa manera, es posible con el tiempo establecer una rutina estricta a lo largo del día que ayude a mantener una conducta apropiada.

Para lograr la adherencia adecuada a las nuevas reglamentaciones, resulta necesario contar con un sistema de castigos y recompensas inmediatos, los cuales, a pesar de ser artificiales y no tener el apoyo de todos los padres y maestros, es una forma eficaz de obtener las respuestas deseadas y es un elemento esencial en la terapia de comportamiento.

El ambiente que rodea al niño tiene que ser estructurado de manera especial, para disminuir los estímulos que puedan distraerlo y para reducir las exigencias sociales y académicas. Así mismo, es importante tener períodos de descanso, durante los cuales le sea posible desplegar su energía física. También es posible enseñarles actitudes y destrezas, para

mejorar su funcionamiento social o escolar. Por ejemplo, las tareas complejas son divididas en fases simples y cortas, que deben completar antes de continuar con la siguiente.

Puesto que el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención aqueja a la población infantil y se convierte en un factor que se opone al desarrollo normal del aprendizaje en el aula de clase muchos científicos han dedicado su tiempo a investigar la forma de contribuir a mejorar la adaptación de estos niños como los experimentos que se presentan a continuación:

3.10. LA EVALUACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD EN EL SALÓN DE CLASES

En la actualidad una de las principales preocupaciones de los investigadores en educación infantil, estriba en poder identificar convenientemente la conducta hiperactiva, para lo cuál, se hace necesario hacer una evaluación apropiada de los comportamientos de los alumnos en el salón de clases. Y dado que, son los profesores quienes identifican y rotulan a los pequeños como hiperactivos, resulta de gran importancia valorar de que manera los

profesores realizan las observaciones de sus alumnos, por ello los estudios realizados con relación a esta temática se han hecho cada vez más necesarios; en este apartado se presentan algunas de las investigaciones más significativas con relación al tema.

Northup y Broussard (1995)⁶ proponen una aproximación funcional para la evaluación de la conducta perturbadora en el salón de clases. Ellos realizaron observaciones de tres estudiantes masculinos, cuyas edades oscilaban entre los 6 y 9 años de edad, que cursaban el 1º y 2º grado de educación básica. Inicialmente realizaron una evaluación descriptiva del comportamiento de los niños, planteando tres hipótesis acerca de las variables que lo mantenían: la atención del maestro, la atención de sus compañeros o la posibilidad de escapar del salón de clases. Cada hipótesis fue seleccionada por el propio sujeto dependiendo de la descripción de la evaluación hecha por el maestro. Desde luego, cada sujeto eligió una hipótesis diferente de acuerdo a sus expectativas.

⁶ Northup y Broussard. Northup J, Jones, K., Broussard, C. y George, T. (1995). A preliminary comparison of reinforcer assessment methods for children with attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Applied Analysis behavior*, 28 (1), Spr, pg 99-100

En consecuencia, uno de los principales problemas que enfrentan los maestros es el de la valoración de la hiperactividad en ambientes escolares o en el salón de clases. DuPaul (1992)⁷ describe un modelo de 4-etapas para este fin, que consiste en el uso de técnicas de clasificación, evaluación multimodal, interpretación de resultados y el desarrollo de un tratamiento. La evaluación multimodal contempla: entrevistas con los padres de los niños y con sus maestros, la resolución de cuestionarios, observaciones directas del comportamiento del niño e información sobre su ejecución académica. El objetivo básico de este modelo es el de establecer un buen diagnóstico del alumno e implementar, en función de ello, un plan de tratamiento. Estas sugerencias son apoyadas por los planteamientos hechos por Atkins y Pelham (1991)⁸, quienes resaltan la necesidad del uso de múltiples medidas para evaluar adecuadamente la amplia variedad de síntomas asociados con el desorden de la atención con hiperactividad.

Siguiendo con el interés por encontrar instrumentos adecuados para la evaluación de la conducta hiperactiva, Lam y Beale (1991)⁹, realizaron una

⁷ DuPaul, G. J. (1992). Behavioral treatment of Attention-Deficit Hyperactivity disorder in the classroom. The use of the attention training system. Special issue :Training of children with Attention- Deficit hyperactivity disorder. Behavior modification, 16 (2), Apr., pp. 204-225

⁸ Atkins, M. S y Pelham, W. E. (1991). School- based assessment of Attention deficit-Hyperactivity Disorder. Journal of learning Disabilities, 24 (4), Apr., pp. 197-204, 255

⁹ Lam, C y Beale, I. L. (1991). Relations among sustained attention, reaging performance and teacher ratings of behavior problems. Journal : remedial y special education, 12 (2). Mar.-Apr.

investigación en Nueva Zelanda, con la finalidad de estudiar la relación entre la atención sostenida, las habilidades de lectura y el registro del maestro en los problemas de conducta de niños con hiperactividad, para ello fueron estudiados 174 niños entre 7 y 10 años de edad, a quienes se les aplicó el Continuous Performance Test, la Delay Task y el Progressive Achievement Tests of Reading. Para el registro de la conducta objetivo por parte de los maestros se utilizó la Escala de registro Conners para maestros. En los resultados se encontró una correlación significativa entre las dos primeras pruebas y los resultados del factor de inatención medido por la escala Conners.

Del mismo modo, Schachar, Sandberg y Rutter (1986)¹⁰, llevaron a cabo un estudio realizado en un salón de clases donde se registró la conducta de 33 niños de entre 6 y 7 años de edad. Las conductas objetivo registradas fueron: hiperactividad, inatención y conducta desafiante. Para ello utilizaron la escala de Conners para maestros. Los resultados muestran un alto grado de acuerdo entre la conducta observada y la registrada. Particularmente, la conducta de desafío hacia el maestro aumentó la probabilidad de que la conducta de hiperactividad y de inatención aumentara de manera

¹⁰ Schachar, R, Sandberg, S. y Rutter, M. (1986) Agreement between teachers ratings and observations of Hyperactivity, inattiveness, and defiance. Toronto. Journal of abnormal child psychology, 14(2), Jun, pp 331-345.

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

De los estudios revisados líneas arriba, se concluye la importancia de que la evaluación del comportamiento hiperactivo debe contemplar entre otros aspectos:

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

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

Por otra parte, Milich y Landau (1988)¹¹ desarrollaron un estudio con la finalidad de evaluar las observaciones que los maestros hacían en el salón de clases sobre las conductas de inatención, de hiperactividad y de agresión

de sus alumnos. Para conformar el grupo de alumnos utilizaron 67 estudiantes de entre 6 y 12 años de edad referidos por una clínica psiquiátrica. Los maestros estaban capacitados para realizar los registros y eran capaces de distinguir una conducta de la otra. Las observaciones fueron hechas en el salón de clases. Los resultados mostraron que los maestros fueron capaces de discriminar con un alto grado de precisión, las conductas relacionadas con el síndrome de inatención con hiperactividad.

Otra discusión que se presenta regularmente dentro de las investigaciones en esta área, es sí los problemas de atención son diferentes cuando van acompañados de hiperactividad y cuando no. En este sentido, fueron comparados 10 niños que acudían del 2º al 5º grado, clasificados por el maestro como niños con problemas de atención con hiperactividad de acuerdo a la lista de Problemas de Conducta Revisada, con 20 estudiantes con las mismas características de edad y grado escolar que presentaban problemas de atención sin hiperactividad, además de 20 sujetos controles. Los resultados sugieren que los niños con hiperactividad y sin hiperactividad pero con problemas de atención, pueden exhibir déficits en la atención muy

¹¹ Milich, R y Landau, S. (1988). Teacher ratings of nattention/overactivity and agresion : cross validation with classroom. *Journal of clinical child. Phsicology*, 17 (1), Mar- pp. 92-97.

similares, aunque con diferentes grados de intensidad. (Lahey, Schaughency, Frame y Strauss, 1985)¹²

Lo anterior demuestra que aún se tiene una gran dificultad en la clasificación y/o definición de las conductas de hiperactividad y de deficiencia en la atención. Esta afirmación se basa en los resultados del estudio de Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich (1992) quienes realizaron un análisis de los reportes de 931 maestros de educación básica, los cuales evaluaron a niños de entre 5 y 14 años de edad, utilizando una escala elaborada a partir del DSM-III-R, que incluía categorías que clasificaban a los niños con: déficit de la atención con hiperactividad, conducta desafiante, y desórdenes de conducta, los niños fueron reportados por grupos de edad. Los resultados no arrojan claridad con relación al tema, ya que los profesores no lograron diferenciar uno y otro trastorno, debido a que los síntomas se sobreponen.

Los registros de los maestros fueron utilizados para establecer la relación entre la hiperactividad y el autocontrol en niños con dificultades de aprendizaje. Para ello fueron comparados 146 alumnos del 3º al 6º grado de

¹² Lahey, B., Schaughency, E. A., Frame, C.L.y Strauss, C. C. (1985) Teacher ratings of attention problems in children experimentaly classified as exhibiting attention deficit disorder without hyperactivity. *Journal of the american child phychiatry* : G, 24(5), Sept, pp. 613-616.

primaria, 64 de los niños presentaban problemas de aprendizaje, 42 de ellos reportaban un bajo rendimiento escolar y los 40 restantes tenían una ejecución promedio. Se observaron diferencias significativas en las medidas de hiperactividad y autocontrol entre los diferentes grupos. Por otro lado, tanto el grupo con problemas de aprendizaje como el de bajo rendimiento difieren significativamente del grupo control en cuanto a su competencia social. Las diferencias entre los dos primeros no fueron significativas. Los resultados apoyan la idea de que los niños con problemas de aprendizaje tienen mayor riesgo para poder desarrollar habilidades sociales, estos factores de riesgo pueden estar más relacionados con la ejecución académica baja que aquellos que no han sido clasificados con problemas de aprendizaje. (Merrell, 1990)¹³

Por otro parte, autores como Johnston y Pelham (1986)¹⁴, realizaron un seguimiento por tres años de 19 niños del 1º y 3º grado quienes habían sido diagnosticados como hiperactivos con desorden de la atención. A partir de sus observaciones llegaron a la conclusión de que los registros de los

¹³ Merrell, K. W. (1990). Teacher ratings of hyperactivity and self-control and inlearning, disabled boy :a comparison with low-achieving and average peers. *Psychology in the schools*, 27(4) Oct, pp, 289-293.

¹⁴ Johnston, C. y Pelham, W. E. (1986). Teacher ratings predict peers ratings of agretion at 3 years follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), Aug. Pp, 571-572.

maestros, pueden servir como una medida predictiva de la conducta de agresión en niños con deficiencia en la atención e hiperactivos.

Atkins (1989)¹⁵, ha considerado conveniente evaluar por separado las dimensiones de hiperactividad y de la agresión, para ello llevó a cabo un estudio con 71 niños del 1º al 5º grado de educación primaria. Utilizó una variación de la escala de Conners para maestros, la cual fue proporcionada a los profesores. Además, se emplearon otros métodos como la observación directa en el salón de clases, un examen sobre la organización de sus mesas de trabajo (escritorios), medidas de ejecución académica, nominaciones de popularidad o rechazo por parte de sus compañeros y medidas sociométricas. Los autores señalan que a pesar de la moderadamente alta correlación entre los registros reportados por el maestro con las otras medidas, las evidencias proporcionan una validez diferencial sobre las medidas de ejecución académica y las medidas de conducta inapropiada dentro del salón de clases y la conducta de juego.

¹⁵ Atkins, M. S. (1989). Differential validity of teacher ratings of inattention- overactivity and aggression. *Journal of abnormal child psychology*, 17(4), Aug, pp 423-435.

Por su parte Bauermeister (1992)¹⁶ llevó a cabo un estudio con niños puertorriqueños con el objeto de comparar y analizar los registros de los maestros sobre de la conducta de niños y niñas con atención deficiente con hiperactividad y conducta desafiante, así como de la conducta de oposición, en dos grupos de sujetos. El primer grupo lo integraban 665 niños de entre 4 y 5 años de edad y el segundo grupo estaba formado por 680 niños de entre 6 y 13 años. Todos habían sido referidos a los servicios psicoeducativos. En el caso del primero grupo, el análisis de los registros, aportó datos que sugieren algunos síntomas que pueden ser incluidos en todos los trastornos mencionados. En tanto que en el segundo grupo, los datos sugieren elementos de conducta un tanto polarizados, entre los que se encuentran: hiperactividad-impulsividad; inatención-distractibilidad y factores de conducta desafiante. Los hallazgos sugieren que la conceptualización unidimensional de los registros de los maestros es apropiada para los preescolares pero no para los que están en edad escolar. La concepción bidimensional para el segundo grupo parece más apropiada.

Uno de los aspectos importantes relacionados con los niños hiperactivos es su capacidad de ajuste social frecuentemente relacionado con sus

¹⁶ Bauermeister, J. J. (1992). Factor analyses of teacher ratings of attention-deficit hyperactivity and oppositional defiant symptoms in children aged four through thirteen years. *Journal of clinical child psychology*, 21(1), mar, pp. 27-34.

competencias académicas que generalmente son deficientes. Margalit (1989)¹⁷ comparó estos dos aspectos: competencia social y ajuste social en dos grupos, el primer grupo estaba formado por 31 niños con problemas de aprendizaje, mientras que el segundo lo integraban 52 niños que presentaban problemas de conducta. Ambos grupos fueron subdivididos a su vez en 2 subgrupos: uno con los que mostraban hiperactividad y otro con los que no la presentaban. Se utilizó un inventario de conducta en el salón de clases que incluía categorías como: Hostilidad Vs Consideración; Extraversión Vs introversión; Independencia Vs Dependencia. Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos, tales diferencias encontradas sugieren necesariamente que los maestros deben utilizar diferentes aproximaciones de intervención dependiendo del tipo de grupo al que correspondan sus alumnos.

Otro aspecto que ha sido objeto de estudio, es el que se refiere a los problemas de atención en el salón de clases el cual ha sido abordado a través de la creación de habilidades paralelas, para ello se realizó un estudio con 37 pares de niños, en el cual, uno de sus miembros fue reportado por el maestro como poseedor de buena atención y baja hiperactividad mientras

¹⁷ Margalit, M. (1989). Academic competence and social adjustment of boys with learning disabilities and boys with behavior disorders. *Journal of learning Disabilities*, 22(1) ,Jan, pp.41-45

que el otro miembro de la pareja se reportó con pobre atención y alta hiperactividad (PH). Las parejas fueron igualadas por edad (de 5 a 6 años y de 9 a 10), así como por el sexo y por sus calificaciones en vocabulario. La tarea a realizar consistió en mostrarles una serie de colores o formas, para que posteriormente en una situación de prueba las identificaran e igualaran los tonos. Los resultados demostraron una diferencia significativa entre los grupos. El grupo PH obtuvo resultados pobres en la prueba de los colores y formas pero no lo fue tanto en la tarea de igualar los tonos. Los resultados sugieren que en este grupo (PH) los sujetos pudieron haber tenido dificultades en el procesamiento de información visual. (Wilding, 1994)¹⁸

3.11 ACTITUDES, PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS PROFESORES SOBRE SUS ALUMNOS CON TDAH.

En un intento por determinar la percepción que los profesores tienen con relación al déficit de la atención con hiperactividad, autores como Eddowes, Aldrige y Culpepper (1994)¹⁹, realizaron una investigación para determinar

¹⁸ Wilding, J. (1994). Attentional problems in the classroom and parallel processing ability. *British Journal of the developmental psychology*, 12(4). Nov, pp. 539-553.

¹⁹ Eddowes, E. A, Aldrige, J. y Culpepper, S. (1994). Primary teachers classroom practice and their perception of children attention problems. *Perceptual y motor skills*, 79(2), Oct, pp. 787-790.

las diferencias en las percepciones de maestros, para ello utilizaron la escala de filosofía de la enseñanza, la cual fue aplicada a 15 maestros de jardín de niños de dos escuelas, quienes tenían a su cargo un total de 309 niños. En los resultados se pudieron diferenciar a los maestros que tenían una filosofía de la enseñanza estructurada y bien formada, de aquellos que no, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos con relación a sus percepciones. El grupo de sujetos que no poseían una filosofía estructurada percibió significativamente un mayor número de niños hiperactivos en sus salones de clase.

De igual modo, Reid, Vasa, Maag y Wright (1994)²⁰, llevaron a cabo un estudio con 449 profesores de tercer año de primaria con la finalidad de determinar las percepciones de los mismos sobre el comportamiento de sus alumnos. Los resultados mostraron que los profesores consideran que existen cuatro barreras que impiden una atención más personalizada con sus alumnos hiperactivos: a) el tiempo para administrar atención especializada, b) una falta de capacitación para atenderlos, c) el tamaño del grupo (número de alumnos) y d) la severidad de los problemas. Los autores plantean que el análisis funcional puede ser una posible respuesta, para

²⁰ Reid, R. ,Vasa, S. F., Maag, J. W. y Wright, G. (1994). An analysis of teacher perceptions of attention deficit-hyperactivity disorder.

identificar las percepciones que los maestros tienen acerca de las causas que originan los problemas de atención de sus alumnos.

Abikoff, Courteny, Pelham y Koplewicz (1993)²¹ consideran que las diferencias en los reportes que dan los maestros sobre el comportamiento de sus alumnos, tienen que ver con las percepciones y juicios que a priori hacen de los niños y que pueden estar determinados por un efecto de halo o prejuicio. Los autores estudiaron este efecto con 139 maestros de educación básica y especial, en dicho estudio los maestros vieron una serie de videos que se suponía correspondían a un grupo de alumnos que cursaban el 4º grado de primaria, aunque en realidad, eran niños que actuaban sus roles con conductas hiperactivas, desafiantes y normales. Los resultados señalan que los maestros registraron convenientemente la conducta de hiperactividad con déficit en la atención, pero que, cuando ésta se encontraba asociada con conducta de oposición, se daba un aumento significativo en los reportes de los profesores.

²¹ Abikoff, H., Courteny, M., Pelham W. E., y Koplewicz. H. (1993). Teacher rating of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), Oct. pp. 519-533.

Por su parte, Walker, Bettes y Ceci (1984), realizaron un estudio para conocer los prejuicios que los maestros tienen de sus alumnos hiperactivos, explorando como los clasifican de acuerdo a la severidad, las causas y las consecuencias de sus problemas de conducta. Utilizaron para ello un total de 100 maestros que impartían clases en el nivel preescolar; 91 de ellos eran mujeres y 9 hombres con un promedio de edad de 34 años. Los resultados obtenidos indican que existe poca evidencia que apoye la hipótesis de que el sexo de los maestros determina el grado de prejuicio hacia sus alumnos.

Del mismo modo, han sido estudiados los efectos de "rotular" a los niños como hiperactivos, a partir de los juicios que los maestros hacen sobre su comportamiento. Cornett- Ruiz (1993)²² evaluó a 39 maestros de educación primaria y a 81 de estudiantes de 4º al 6º grado quienes en un vídeo desplegaron comportamiento hiperactivo con desorden de la atención y conducta normal mismas que fueron rotuladas como hiperactivas o normales. Los resultados indican que la conducta hiperactiva más no el rotulo tuvo un efecto negativo sobre los juicios de los maestros. Puede afirmarse que el rotular la conducta como hiperactiva no tuvo ningún efecto negativo sobre los juicios de los maestros en este estudio.

Es definitivo que el conocimiento y las actitudes de los educadores resultan de vital importancia para el tratamiento y atención óptima de los niños con esta clase de problemas. A este respecto, Kaste, Coury y Heron (1992)²³ examinaron el conocimiento y las actitudes de 190 educadores de escuelas regulares y de educación especial con vistas a mejorar el uso de estimulantes en el tratamiento del déficit de la atención con hiperactividad. En general, los educadores creen que los estimulantes resultan útiles para el tratamiento de este desorden y frecuentemente lo recomiendan a los padres. Sin embargo, reconocen que desconocen los efectos que dichos estimulantes tienen sobre el comportamiento de los niños ya que han recibido poca información al respecto.

Por su parte, Margaliit y Caspi (1985)²⁴ abordaron los cambios en las interacciones maestro-alumno a través de una intervención ecológica. Ellos presentan un estudio de 8 casos de niños del sexo masculino de 8 años de edad y un CI de 109, que fueron diagnosticados como hiperactivos y con

²² Cornett- Ruiz, S. (1993). Effects of labeling and ADHD behaviors on peers and teacher judgments. *Journal of educational research*, 86(6), Jul-Aug, pp 349-355.

²³ Kaste, E. F., Coury, D. L., y Heron. T. E. (1992). Educators knowledge and attitudes regarding esimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the developmental y behaviorial pediatrics*, 13(3), Jun, pp. 215-219

²⁴ Margaliit, M. y Casp, M. (1985). A change in teacher- children interaction through paradoxical intervention. *Journal: exceptional child*, 32(1), Mar, pp41-45.

problemas de aprendizaje. Esta estrategia plantea una aproximación novedosa para atender a los niños problema en el salón de clases. De acuerdo con el modelo ecológico, el centro de atención del cambio no está en el sujeto hiperactivo sino en los estímulos ambientales que controla el maestro, por lo que el énfasis se hace en el arreglo del salón de clases y en el comportamiento e interacción del maestro con el alumno.

Han sido considerados también los efectos diferenciales de la atención del maestro y de sus compañeros sobre la conducta perturbadora de niños diagnosticados como hiperactivos con déficit en la atención. Estos efectos se estudiaron sobre la conducta de tres niños (2 niños de 7 años y una niña de 9) encontrándose, específicamente, que la atención de sus compañeros podía funcionar como una clase particular de refuerzo positivo para incrementar las conductas adecuadas al salón de clases. (Northup, 1995)²⁵

Una perspectiva interaccional de las dificultades en el aprendizaje y el déficit de la atención con hiperactividad es planteada por Murphy y Hicks-Stewart

²⁵ Northup, J (1995). Differential effect of teacher and peer attention on the disruptive classroom behavior of three children with a diagnosis of attention deficit Hyperactivity disorder US. *Journal of applied behavior analysis* 28(2) sum, pp. 222-228.

(1991)²⁶ quienes sugieren que esta perspectiva incluye la necesidad de considerar al individuo dentro de su contexto, que permita una mayor comprensión de la naturaleza interactiva de todos los aspectos de la persona y el medio en que se desenvuelve. Los beneficios de tal enfoque permitirían minimizar los efectos del rotular innecesariamente al individuo, una mayor flexibilidad en la intervención y en los servicios que el sujeto demande.

Asimismo, han sido estudiados los efectos del castigo negativo sobre la conducta de trabajo en el salón de clases. En este caso, el castigo consistió en la administración de reprimendas o regaños cortos o largos a siete estudiantes del 2º y 3º grados durante un período de 7 días. Las reprimendas largas fueron definidas como dos o más frases y las cortas como no más de dos palabras. Estas últimas mostraron tener un menor efecto sobre la conducta de no trabajar que las frases largas. (Abramowitz, O'Leary y Futersak, 1988)²⁷

²⁶ Murphy, V., y Hicks-Stewart, K. (1991). Learning disabilities and attention deficit-hyperactivity disorder: An interactional perspective. *Journal of learning disabilities*, 24(7) Aug-Sep, pp. 386-388.

²⁷ Abramowitz, A. J., O'Leary, S. G. y Futersak, M.W. (1988). The relative impact of long and short reprimands on children of task behavior in the classroom. *Behavior therapy*, 19 (2), pp. 243-247.

Numerosos estudios han apoyado la eficacia de una amplia gama de intervenciones para estudiantes con déficit de la atención con hiperactividad. La mayoría de ellos se han basado en el manejo de contingencias desde la perspectiva conductual, aun cuando varios de ellos toman en cuenta los antecedentes, modificaciones en las tareas y en el ambiente físico del salón de clases, o bien la manipulación de sus consecuencias. Estas últimas incluyen la atención contingente del maestro tanto positiva como negativa, el implemento de una economía de fichas en el salón de clases así como el control de las contingencias en casa. Estrategias de intervención conductual adicionales incluyen el Tiempo Fuera de refuerzo positivo, procedimientos de reducción basados en el refuerzo e intervenciones cognitivo-conductuales. (Abramowitz, 1991)²⁸

3.12. HIPERACTIVIDAD Y AMBIENTE FAMILIAR

Por otro lado, se ha estudiado también el papel que juega el ambiente familiar en la conducta que el niño presenta en el salón de clases, para ello Margalit y Almougy (1991) intentaron identificar los diferentes tipos de

²⁸ Abramowitz, A.J. (1991). Behavioral interventions for the classroom: implications for students with ADHD. *School Psychology Review*, 20 (2), pp. 220-234.

dificultades del aprendizaje que presentan los niños con hiperactividad, a través de la observación de su conducta en el salón de clases y de su relación con el clima familiar en 4 grupos de estudiantes cuyas edades fluctuaban entre los 7 y los 10 años, en los resultados encontraron que: 22 sujetos presentaban dificultades en el aprendizaje con hiperactividad; 22 eran no hiperactivos pero sí tenían dificultades en el aprendizaje; 20 no tenían problemas de aprendizaje pero si hiperactividad y, 20 no presentaban ninguna clase de problemas. Se aplicó un inventario de conducta en el salón de clases y una escala que midió el ambiente familiar. Se observó una alta distractibilidad y hostilidad en los alumnos con hiperactividad en comparación con los grupos con dificultades en el aprendizaje. Las familias de los hiperactivos mostraron ser menos pacientes y tolerantes y tener menos control sobre ellos. Ambos grupos con dificultades en el aprendizaje mostraron tener relaciones interpersonales más dependientes y más conflictos intrafamiliares.

En otro estudio realizado por Solis-Camara²⁹ en 1988, fueron evaluados la impulsividad cognitiva y el nivel de actividad escolar, con base en el reporte proporcionado por los propios padres y maestros de los niños con

²⁹ Solis-Camara R., P. (1988). Estimación del grado de actividad de los escolares según los padres y maestros, y su relación con la impulsividad cognoscitiva. *Salud mental*, 11(3), Sep, pp. 30-39.

hiperactividad. Se utilizaron escalas diseñadas para medir la hiperactividad e impulsividad, la conducta en la escuela y en casa y, la ejecución en la escuela. En los resultados se observaron diferencias significativas entre los registros realizados por los padres y maestros, dichos resultados se relacionaron con una evaluación de tipo subjetiva realizada por los maestros acerca de la ejecución académica de los alumnos.

Hasta aquí se ha realizado una revisión de los diversos aspectos que inciden en el diagnóstico, evaluación e identificación de los niños hiperactivos, haciendo hincapié en la importancia que tienen las actitudes que asume el profesor con el niño hiperactivo y las repercusiones de éstas sobre el comportamiento del niño.

De acuerdo a la revisión teórica realizada a lo largo del presente trabajo ha quedado claro que una aproximación única no es suficiente para la solución del trastorno de la hiperactividad y es por ello que se sugiere desde la práctica de la pedagogía en el aula de clase que el profesor puede contribuir a la socialización de estos niños, adaptación y mejores resultados académicos mediante la utilización de técnicas de autocontrol y autoestima.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 POBLACIÓN

3 niños de cinco años de edad que asisten a Kinder 4 en el Colegio Nueva Granada, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio alto que han sido diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad y que pertenecen a familias en la cual también uno de los padres ha sido diagnosticado con este mismo déficit.

4.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El presente proyecto se llevó a cabo en cuatro etapas a saber:

Diagnóstico,

Creación de estrategias,

Implementación,

Evaluación.

Diagnóstico. Esta etapa fue realizada mediante la observación en el aula de clase de los comportamientos del total de alumnos de Kinder 4 del Colegio Nueva Granada y la determinación de tres casos de Niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.

Creación de Estrategias. Con base en lo observado en la etapa anterior se crearon algunas estrategias pedagógicas tendientes a hacer más manejable a los niños diagnosticados con el síndrome de TDH.

Implementación. Algunas de las estrategias creadas en la etapa anterior fueron puestas en práctica durante esta etapa.

Evaluación. Esta permitió detallar si las estrategias creadas e implementadas contribuyeron a hacer más manejables en el aula de clase a los niños diagnosticados con Síndrome de Atención e Hiperactividad.

4.3 ENTRENAMIENTO EN ASPECTOS COGNITIVO-AFECTIVOS

Las estrategias creadas y aplicadas, van enfocadas al control de sí mismo, y en el fortalecimiento de la autoestima.

Para esto, se deben aprovechar las distintas actividades de la vida cotidiana (juego, ejecución de rutinas, tareas individuales y colectivas tanto en clase como al aire libre y en otros ambientes) y sus requerimientos, pues es a través del control en su diario vivir, como ellos podrán ir canalizando sus energías en pro de un mejor aprendizaje.

Es importante que los niños sepan que hay unas normas que nos ayudan a poder vivir mejor con la gente que nos rodea, y por ello debemos aprender a seguirlas y a respetarlas. Se inició con una norma: Respetar a los demás.

No se debe olvidar que el periodo de atención de los niños es muy corto y por ello no pueden asimilar e interiorizar varias ordenes o instrucciones a la vez, haciendo indispensable empezar de una en una. Además es conveniente trabajar una norma por espacio de dos meses, y después darle la siguiente, para que trabaje con esas dos, y así sucesivamente hasta que maneje todas las reglas.

Para iniciar en este entrenamiento, es necesario enseñarle al niño a regular su propio comportamiento (esperar turnos, control de la agresividad), en situaciones de juego, rutinas diarias, tareas, respeto a compañeros y adultos.

Después se debe realizar una planificación secuenciada de la acción, en función de la información recibida o percibida, para resolver tareas sencillas o problemas de la vida cotidiana, y constatación de sus efectos.

Es preciso inculcar en el niño la confianza para buscar la colaboración de los iguales y pedir al adulto la ayuda necesaria en el momento adecuado.

Posteriormente, el niño deberá regular la propia conducta en función de las demandas y explicaciones de los demás, e influenciar en la conducta de éstos (requiriendo, concediendo, preguntando, explicando).

Sin embargo, nada de esto quedaría completo si no se desarrollan hábitos de trabajo: orden, organización, constancia, atención, iniciativa, capacidad de esfuerzo.

Por último, el niño debe estar en capacidad de reconocer y manifestar afectos.

A medida que se va aplicando estas estrategias, el niño debe ir presentando cambios en sus actitudes como:

1.- Iniciativa y autonomía en las tareas diarias, en los juegos y en la resolución de pequeños problemas de la vida cotidiana.

2.- Actitudes de colaboración y solidaridad descentrándose del propio punto de vista y teniendo en cuenta el de los demás, y coordinando los intereses individuales con los de los otros.

3.- Aceptación de posibilidades y limitaciones propias y ajenas en la resolución de tareas.

4.- Valoración del trabajo bien hecho y admisión de los errores y correcciones.

5.- Actitud positiva hacia la regularidad de las experiencias de la vida cotidiana.

6.- Actitud favorable a expresar sentimientos, afectos, etc. y a recibirlos de los demás.

7.- Respeto a los momentos de juego, descanso, comida, entrada, salida.

5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON NIÑOS HIPERACTIVOS EN EL ÁREA ESCOLAR.

Al trabajar con niños preescolares, es muy importante iniciar con la creación de hábitos y rutinas, donde los niños sean concientes del porqué de lo que están haciendo. El hecho de poder controlar las cosas les va dando la seguridad y confianza que necesitan para poder ir avanzando en todas las áreas.

Se debe trabajar no solo durante los espacios de clase, sino también en los recreos, pues aunque los niños hiperactivos se mueven mucho, no suelen ser muy coordinados y ejercicios como lanzar una bola, pasar el pasamanos, o mecerse en un columpio se les convierten en actividad casi imposibles de realizar debido a que requieren de atención, concentración, y coordinación. Por ello, una de las actividades que se realizó con los niños, consistió en lanzar una pelota con una mano, y luego recibirla con las dos manos.

Estos ejercicios físicos le van ayudando al niño a ampliar sus espacios de atención y concentración, además van encaminados a ayudarles a reducir la tensión y a ejercitarse un poco; aunque no se debe olvidar que es un proceso lento y que requiere que el niño sea estimulado en todos los ambientes, pues si hay uno, sea casa o colegio, que deja de trabajar, el niño inmediatamente deja de progresar y en algunos casos, incluso se retrocede un poco.

Estas estrategias van encaminadas a la realización de ejercicios que incluyen todos los sentidos pero que se basan en el fortalecimiento de la autoestima, es decir, que las frases de aprobación del trabajo realizado o el ejercicio efectuado son de gran importancia, al igual que el dominio por parte del adulto para no alzar la voz mas de lo necesario, siendo estricto y disciplinado, pero muy afectuoso, lo cual no quiere decir que se le pase al niño todo lo que hace, pero si que se le reflexione sobre lo sucedido para que el niño tenga claro los parámetros de comportamiento que se esperan de él.

Es importante que cuando se detecte un niño hiperactivo, se hable con la familia y los profesionales de la salud correspondientes para crear una

estrategia en conjunto, pues no todos los niños reaccionan a los mismos estímulos, y para ayudar a que un niño hiperactivo salga adelante es muy importante que se sienta tranquilo y confiado, que se sienta amado y que puede realizar las cosas bien. En fin, es importante que se le ayude a fortalecer la autoestima, con actitudes positivas, comentarios agradables, haciendo que el niño sienta que lo que hizo está bien y que tiene la aprobación tanto del adulto como de sus compañeros. Es ideal trabajar el programa de disciplina positiva, el cual consiste en hacer un comentario bueno primero y luego el negativo. Por ejemplo: has estado muy juicioso pero debes acordarte de recoger tan pronto terminas de jugar; o me gusta como coloreaste el dibujo pero para la próxima vez me gustaría que no dejaras espacios en blanco. De esta manera el niño comprende que es lo que desea el adulto pero a la vez sabe que lo que está haciendo está bien aún cuando le falte un poco más. También hay unos niños que buscan el contacto físico por lo cual es importante el abrazo de saludo en las mañanas, o la palmadita en el hombro acompañada de un “muy bien”. Todo este tipo de cosas van ayudando a que el niño vaya sintiendo más seguridad en sí mismo, de lo que realiza, y por supuesto esto aumenta su autoestima.

Actividades de percepción visual: Es importante realizar ejercicios dentro del salón que le exijan concentración y comprobación del error. Para ello son ideales los juegos como rompecabezas, donde la figura debe quedar completa, y el niño puede ver que si le sobra una ficha es que hay algo mal,

así que el mismo puede buscar el error y corregirlo. Otros ejercicios de percepción visual como fuga de detalles, buscar la pareja, dominó, figura fondo, son también apropiados para que el niño vaya ampliando sus periodos de atención y concentración. Sin embargo, no se deben exigir periodos muy largos de atención pues es algo que al niño se le dificulta, por lo cual se debe iniciar con cinco minutos diarios e ir aumentando progresivamente a medida que el niño va logrando alcanzar la meta. No importa si al principio el niño necesita ayuda para lograr terminar el rompecabezas o actividad que se le haya asignado, se le debe ayudar y felicitar por la parte que logró a la vez que se le motiva para que continúe.

Igualmente se puede reforzar conceptos mediante la realización de actividades que si bien son libre, como los juegos de construcción, el profesor puede intervenir con preguntas, no solo de conceptos, sino que demuestren el interés del adulto hacia lo que el niño está realizando. Esto permitirá saber cómo está asimilando las situaciones, y cómo está viendo su entorno.

Actividades de percepción táctil: Pintura con las manos, impresión de la huella, actividades en la arenera, manejo de plastilina, juegos con agua, son

algunas de las actividades que se pueden realizar con los niños. Este tipo de ejercicios hace que el niño experimente otras sensaciones y que los relaje debido a que son actividades que les permiten expresar lo que sienten y les da la oportunidad de conocer, y experimentar, ya que es a través de las manos que los niños conocen lo que los rodea, diferencian formas, tamaños, texturas, temperaturas, permitiéndoles establecer igualdades y diferencias entre los diferentes objetos y sensaciones del mundo que los rodea.

Actividades de percepción auditiva: Los niños hiperactivos muestran gran dificultad para escuchar, pues el hecho mismo de estar en continuo movimiento, impide que escuchen todo lo que sucede a su alrededor. Algunos de los ejercicios de los que se pueden hacer son: frascos llenos de diferentes elementos que al moverlos produzcan algún tipo de sonido y que todos sean diferentes, para que en la medida en que el niño los mueva escuche diferentes sonidos. También se pueden clasificar de acuerdo al tono que producen, y ordenarlos de agudos a graves o a la inversa. Otra actividad es sentarse en el piso haciendo un círculo y comentar algún acontecimiento y uno a uno va dando su opinión. En esta actividad, los niños tienen que aprender a respetar el turno, a escuchar a sus compañeros, y hablar en el momento en que se le ha indicado.

Esto lleva necesariamente a mirar la capacitación del docente, pues se debe tener un plan de trabajo que sea personalizado, pero que a la vez se pueda trabajar en grupo, además de que debe ser muy paciente, pues el niño hiperactivo, al no poder sostener atención por periodos de tiempo prolongados, no sigue instrucciones que tengan dos o mas acciones.

Debido a que, como se dijo anteriormente, la hiperactividad no es un trastorno que se pueda detectar con un examen clínico, el docente debe observar los comportamientos del niño para poder detectar si es o no hiperactivo, aunque la confirmación y el tratamiento solo lo puede determinar un neurólogo.

6. CONCLUSIONES

El salón de clases es el lugar donde comúnmente son detectados los problemas de atención deficiente y de hiperactividad de los niños que acuden al mismo. Por lo general y con base en la revisión bibliográfica realizada se puede decir, que todavía no existe acuerdo en el diagnóstico de los niños que presentan este tipo de problemas y que por ello no son canalizados convenientemente.

Se puede señalar también que los desórdenes de conducta, particularmente, los déficit de la atención con hiperactividad o DATH, a menudo se sobreponen con algunos indicadores de bajo rendimiento académico durante la infancia. Y que los problemas de delincuencia en la adolescencia han sido asociados comúnmente con los problemas de atención con hiperactividad y de fracaso escolar. Por tal motivo, se hace necesaria la intervención temprana en los pequeños que presenten estas características, con la finalidad de prevenir un curso negativo en el desarrollo de los adolescentes con DATH.

Los resultados sugieren que los niños con hiperactividad y sin hiperactividad pero con problemas de atención, pueden exhibir déficits en la atención muy similares, aunque con diferentes grados de intensidad. (Lahey, Schaughency, Frame y Strauss, 1985).

Los resultados apoyan la idea de que los niños con problemas de aprendizaje tienen mayor riesgo para poder desarrollar habilidades sociales, estos factores de riesgo pueden estar más relacionados con la ejecución académica baja que aquellos que no han sido clasificados con problemas de aprendizaje. (Merrell, 1990).

Para poder identificar convenientemente la conducta hiperactiva se hace necesario realizar evaluaciones apropiadas. Para ello se recomienda el uso de técnicas de clasificación, evaluación multimodal, interpretación de resultados y el desarrollo de un tratamiento. La evaluación multimodal contempla: entrevistas con los padres de los niños y con sus maestros, la resolución de cuestionarios, observaciones directas del comportamiento del niño e información sobre su ejecución académica. El objetivo básico de este modelo es el de establecer un buen diagnóstico del alumno e implementar, en función de ello, un plan de tratamiento.

Por otra parte de los estudios revisados se concluye que: los profesores consideran que existen cuatro barreras que impiden una atención más personalizada con sus alumnos hiperactivos: a) el tiempo para administrar atención especializada, b) una falta de capacitación para atenderlos, c) el tamaño del grupo (número de alumnos) y d) la severidad de los problemas.

Es definitivo que el conocimiento y las actitudes de los educadores resultan de vital importancia para el tratamiento y atención óptima de los niños con esta clase de problemas, ya que de las investigaciones revisadas se concluye que las diferencias en los reportes que dan los maestros sobre el comportamiento de sus alumnos, tienen que ver con las percepciones y juicios que a priori hacen de los niños y que pueden estar determinados por un efecto de halo o prejuicio.

Recapitulando, el síndrome de inatención se refiere a un patrón de comportamiento persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad cuya frecuencia y gravedad es mayor de lo que típicamente se observa en sujetos de un nivel de desarrollo comparable. Los niños con

TDAH tienen un mayor riesgo de enfrentar una variedad de problemas en la esfera social, cognitiva, académica, familiar y emocional con un consecuente retardo en su conducta adaptativa.

Como ha podido verse a lo largo del desarrollo de este trabajo, el síndrome de inatención con hiperactividad o TDAH es un trastorno complejo y multifactorial que requiere de una aproximación multimodal e interdisciplinaria. Las causas precisas del trastorno son hasta ahora desconocidas.

Es de reconocerse también que las aproximaciones teóricas desarrolladas hasta el momento para la explicación de este fenómeno han sido parciales ya que cada una ha abordado el fenómeno desde su muy particular perspectiva y no integralmente, lo que las hace lógicamente parciales. Sería recomendable y hasta provechoso que el TDAH pudiera ser visto a través de una perspectiva evolutiva e interactiva ya que ésta establece que el curso del desarrollo está determinado por las características del niño (neurobiológicas y psicológicas) en interacción con factores ambientales inmediatos como la familia, la escuela y la comunidad, y otros más amplios como la estructura social, política, cultural y económica.

En lo que se refiere a la problemática de estos pequeños, ésta resulta ser bastante compleja ya que se ven afectadas todas sus esferas del desarrollo, particularmente, la afectiva y la cognitiva que se traducen en dificultades para el aprendizaje y para la socialización tanto con sus compañeros como con el mundo de los adultos que los rodean. Los pequeños son más habladores, negativos, desafiantes, desobedientes, poco cooperadores, demandantes y considerablemente dependientes de sus madres en situaciones en que se les da la oportunidad de realizar una tarea o de jugar. Este patrón de comportamiento de niños con TDAH tiene el potencial de perturbar la relación interpersonal con las personas significativas en su vida e influir de modo desfavorable en la forma en que éstas responden al comportamiento perturbador del niño.

Debido a lo anterior es que un aspecto importante para la atención del niño hiperactivo radica en el diagnóstico, en el cual la principal dificultad encontrada es la ausencia de un modelo teórico que guíe el desarrollo de los criterios del diagnóstico; no obstante, se destaca el hecho de que éste debe hacerse desde la perspectiva de la evaluación integral, esto es, debe considerarse tanto la evaluación médica como psicológica, emocional y social del pequeño para que, a partir de ello, pueda establecerse un plan de tratamiento adecuado al mismo.

Del mismo modo, la mencionada problemática ha sido abordada ampliamente por los diferentes especialistas interesados en la materia quienes han planteado una gran diversidad tanto de enfoques como de procedimientos para tratar de encontrarle la mejor solución, puede afirmarse que en su mayoría han tenido éxito en lo que se refiere a controlar o inhibir el comportamiento hiperactivo. De estos enfoques se destacan por su volumen, el tratamiento conductual combinado con el factor cognitivo y el tratamiento farmacológico básicamente utilizando el Ritalin, sin embargo, cabe mencionar que en su mayoría, los investigadores coinciden en que el tratamiento ya sea a base de drogas o de otra estrategia en particular debe de ser considerado de manera individual.

Como se ha afirmado reiteradamente, la dificultad mayor del pequeño con TDAH es su impulsividad o la conducta desinhibida que presenta. Dicho de otra manera presentan un problema de retardo en el desarrollo de la capacidad para inhibir su comportamiento. Las funciones ejecutoras relacionadas con la capacidad de inhibición y que se encuentran afectadas son: prolongación y memoria de trabajo, autorregulación de afecto – motivación- excitación; internalización del lenguaje y el análisis y síntesis. Todo ello da como resultado el que al niño le sea difícil organizar el comportamiento a través del tiempo, predecir y controlar la conducta propia y maximizar las consecuencias a largo plazo.

Aún cuando las funciones mencionadas en el párrafo anterior tienen un referente neuropsicológico en los lóbulos cerebrales prefrontales, el retardo en el desarrollo de éstas puede superarse a través del empleo de estrategias metacognitivas que permiten la internalización del lenguaje, el desarrollo del autocontrol y la automotivación.

Hasta ahora es escasa la investigación sobre el tratamiento y manejo del niño hiperactivo desde la perspectiva de la metacognición por lo que puede afirmarse que no está suficientemente explorada y representa un campo de investigación casi virgen y con muchas potencialidades.

Pero al igual que las demás estrategias, la metacognitiva no puede ser utilizada exclusivamente es por ello que en la propuesta de trabajo a realizar se incluye el uso de técnicas de relajación previas mismas que proveerán un estado disposicional apropiado para los ejercicios de cognición.

Por otro lado, dado que el TDAH es detectado inicialmente en el hogar y sus consecuencias académicas y sociales se reflejan en el ámbito escolar es menester tener en cuenta tanto a los padres como a los maestros en el proceso de tratamiento. Estos últimos han sido involucrados activamente en el mismo, no obstante, también es cierto que aún no todos participan ni de la preparación conveniente ni de la actitud adecuada para la atención de esta clase de niños.

Se puede decir que aún existen muchos prejuicios del maestro hacia el niño hiperactivo y que los sistemas escolares no se encuentran diseñados para favorecer el control de la conducta y la estimulación conveniente para la superación de sus dificultades de atención.

Es así que se hace cada vez más imprescindible el establecimiento de programas permanentes de capacitación de docentes con el fin de promover cambios en las actitudes de los maestros que trabajan con esta clase de alumnos y adquieran el conocimiento y las habilidades para poder estimularlos adecuadamente y favorecer de esta manera su desarrollo óptimo e integral.

Las actividades sensoperceptuales ayudan a que los niños puedan mejorar sus periodos de atención y concentración, puesto que es por medio de los sentidos que los niños conocen su entorno, haciendo que en la medida en que los perciban se concentren más en ellos y atiendan más a los diferentes estímulos que les está presentando su entorno.

BIBLIOGRAFIA

Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W. E., Koplewicz, H. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), Oct, pp. 519-533.

Abramowitz, A. J., O'Leary, S.G. y Fattersak, M. W. (1988). The relative impact of long and short reprimands on children's off-task behavior in the classroom. *Behavior Therapy*, 19(2), Spr, pp. 243-247

Abramowitz, A. J. (1991). Behavioral interventions for the classroom: Implications for students with ADHD. *School Psychology Review*, 20(2), pp. 220-234.

Atkins, M. S. (1989). The differential validity of teacher ratings of inattention/overactivity and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(4), Aug, pp. 423-435.

Atkins, M. S. y Pelham, W. E. (1991). School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24(4), Apr., pp.197-204, 255.

Bauermeister, J. J. (1992). Factor analyses of teacher rating of attention-deficit hyperactivity and oppositional defiant symptoms in children aged four through thirteen years. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), Mar, pp.27-34.

- Bornas, X. et al BORNAS, X. y SERVERA, M. (1996): La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual. Madrid: Siglo XXI.

Campbell, L. R., Cohen, M. (1990). Management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A continuing dilemma for physicians and educators. *Clinical Pediatrics*. 29(3), Mar, pp.191-193.

Cornett-Ruiz, S. (1993) Effects of labeling and ADHD behaviors on peer and teacher judgments. *Journal of Educational Research*, 86(6), Jul-Aug, pp.349-355.

DuPaul, G. J. (1992). Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom: The use of the attention training system. Special Issue: Treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Behavior Modification*, 16(2), Apr., pp.204-225.

Eddowes, E. A., Aldridge, J. y Culpepper, S. (1994). Primary teachers' classroom practices and their perceptions of children's attention problems. *Perceptual & Motor Skills*, 79(2), Oct, pp.787-790.

Hinshaw, S. P. (1992). Self-management therapies and attention-deficit hyperactivity disorder: Reinforced self-evaluation and anger control interventions. Special Issue: Treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 16(2), Apr, pp.253-273.

Johnston, C. y Pelham, W. E. (1986). Teacher ratings predict peer ratings of aggression at 3-year follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54(4), Aug, pp.571-572.

Kasten, E. F., Coury, D. L. y Heron, T. E. (1992). Educators' knowledge and attitudes regarding stimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 13(3), Jun, pp.215-219.

KIRBY, E.A. y GRIMELY, A.K. (1992): Trastorno por Déficit de Atención. México: Limusa.

Lahey, B. B., Schaughency, E. A., Frame, C. L. y Strauss, C. C. (1985) Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*: G, 24(5), Sep, pp.613-616.

Lam, C y Beale, I.L. (1991). Relations among sustained attention, reading performance and teachers ratings of behavior problems. *Journal: Remedial & Special Education*, 12(2). Mar.-Apr.

Margalit, M. (1989). Academic competence and social adjustment of boys with learning disabilities and boys with behavior disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 22(1), Jan, pp.41-45.

Margalit, M. y Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24(7), Aug-Sep, pp.406-412.

Margalit, M. y Caspi, M. (1985). A change in teacher-child interaction through paradoxical intervention. *Journal: Exceptional Child*, 32(1), Mar, pp.41-45.

Merrell, K. W. (1990). Teacher ratings of hyperactivity and self-control in learning-disabled boys: A comparison with low-achieving and average peers. *Psychology in the Schools*, 27(4), Oct, pp.289-296.

Milich, R. y Landau, S. (1988). Teacher ratings of nattention/overactivity and aggression: Cross validation with classroom. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(1), Mar, pp.92-97.

Murphy, V., Hicks-Stewart, K. (1991). Learning disabilities and attention deficit-hyperactivitydisorder: An interactional perspective. *Journal of learning disabilities*, 24(7), Aug-Sep, pp.386-388.

Northup, J., Jones, K., Broussard, C. y George, T. (1995). A preliminary comparison of reinforcer assessment methods for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Analysis Behavior*, 28(1), Spr, pp. 99 -100.

Northup, J. (1995). The differential effects of teacher and peer attention on the disruptive classroom behavior of three children with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder US. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(2), Sum, pp. 227-228

Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E. y Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III--R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), Mar, pp. 210-218.

Reid, R., Vasa, S. F., Maag, J. W. y Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of attention deficit- hyperactivity disorder.

Schachar, R., Sandberg, S. y Rutter, M. (1986). Agreement between teachers' ratings and observations of hyperactivity, inattentiveness, and defiance. Toronto. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(2), Jun, pp.331-345.

Schwean, V. L. (1993). Educating the ADHD child: Debunking the myths. *Canadian. Journal of School Psychology*, 9(1), Spr, pp. 37-52.

Solis-Camara R., P. (1988). Estimación del grado de actividad de los escolares según los padres y maestras, y su relación con la impulsividad cognoscitiva. *Salud Mental*, 11(3), Sep, p.30-39.

Walker, E., Bettis, B. y Ceci, S. J. (1984). Teachers' assumptions regarding the severity, causes, and outcomes of behavioral problems in preschoolers: Implications for referral. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52(5), Oct, pp.899-902.

Wilding, J. (1994). Attentional problems in the classroom and parallel processing ability. *British. Journal of Developmental Psychology*, 12(4), Nov, pp.539-553.

BAUERMEISTER, José J. Sario Internacional “Hacia una visión actualizada del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Diagnóstico y tratamiento”.

CORPORACIÓN HIDEA, “Aprendiendo a ser padres de un niño con TDAH”

BARRIOS, Violeta. Psicóloga Colegio Nueva Granada. Apuntes varios e información de diferentes seminarios no especificados.

WWW.Chadd.org/50class.htm

SMITH, Ronald, SARASON, Irwin y SARASON, Bárbara. Enciclopedia de Psicología Educativa 2. Aprendizajes, Habilidades Humanas y conducta. Oxford University Press-Harla.