

**EL ALUMNO ADOLESCENTE CON TDAH  
(MANUAL DE ESTRATEGIAS PARA PROFESORES DE EDUCACIÓN  
SECUNDARIA)**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D O E N P E D A G O G Í A**

**P R E S E N T A:**

**LAURA MILLÁN LARA**

ASESOR: Mtro. Agustín Mendoza de Gyves

México, DF.2009

***A: Luis Daniel***

*¿Verdad que cuando  
cumpla cinco años ya  
me voy a portar bien?*

*Porque su pregunta dió origen a  
esta investigación.*

***A: Luis Damián***

*Porque su  
solidaridad y apoyo me  
han acompañado cada  
vez que me detengo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todos los profesores que con su ejemplo y conocimientos han contribuido a mi formación profesional y personal.

A los profesores: David Díaz Mercado, Pilar Cardoza Morales y Luis Alfredo Gutiérrez Castillo por sus valiosas observaciones y comentarios.

A mi asesor: Profesor Agustín Mendoza de Gyves por su apoyo y paciencia.

# ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	
I.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Antecedentes históricos. ¿Qué es el TDAH? Incidencia Síntomas y signos	11
I.2. Etiología. Posibles causas del TDAH. Situaciones que no son causa del TDAH.	22
I.3. Trastornos asociados. Trastornos asociados más frecuentes.	27
I.4. Diagnóstico oportuno. Problemas para el diagnóstico Criterios para el diagnóstico. Evaluación del TDAH.	30
I.5. Tratamiento. Empleo de medicamentos Terapia del comportamiento	35
CAPÍTULO II.	
EL ADOLESCENTE CON TDAH EN EL ÁMBITO FAMILIAR	
II.1 La relación con los padres. Conductas de los niños con TDAH dentro del hogar. Reacciones de los padres para corregir al niño. Influencia del niño para con los padres. Problemas de pareja.	41
II.2 La relación con los hermanos. Envidia por la atención de los padres. Mayor carga de trabajo. Responsabilidad de los hermanos mayores	49

II.3 La importancia del ambiente familiar en el desarrollo del individuo con TDAH.	50
Ambiente estructurado	
Límites educativos	
Favorecer la autonomía personal	
Modelar conductas reflexivas	
Reforzar la autoestima	
II.4 El adolescente con TDAH.	53
La adolescencia.	
Características del adolescente con TDAH.	
Hacia un futuro adverso.	

### CAPÍTULO III

#### EL ALUMNO CON TDAH Y LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

III.1 Problemas escolares que enfrenta un alumno con TDAH	61
Problemas sociales (socialización)	
Fracaso escolar	
III.2 La Educación secundaria	77
Características de la escuela secundaria	
La finalidad de la escuela secundaria	
Las competencias para la vida	
III.3 Trabajo en equipo para enfrentar el TDAH	82
El personal directivo	
Personal de asistencia educativa	
Función del docente	
Participación de los padres del alumno con TDAH	
Cooperación del alumno	

### CAPÍTULO IV

#### EL ADOLESCENTE CON TDAH. (MANUAL DE ESTRATEGIAS PARA PROFESORES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA)

PRESENTACIÓN	98
IV.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	100
IV.2 El adolescente con TDAH	116
IV.3 Trabajo en equipo para enfrentar al TDAH	131
IV.4 Consejos Generales para apoyar a los alumnos proclives a distraerse	149
IV.5 Técnicas Cognitivas y de autocontrol	151
CONCLUSIONES	173
GLOSARIO	175
BIBLIOGRAFÍA	177

## INTRODUCCIÓN

Quienes hemos trabajado como docentes frente a grupo, tenemos presente que en cada aula puede haber por lo menos uno o dos alumnos con graves problemas de conducta y bajo aprovechamiento escolar.

Estos alumnos, en general, son “etiquetados” como alumnos problema, ya que además de manifestar conflictos a nivel personal (tales como dificultad para terminar trabajos académicos, problemas para concentrarse, complicación para focalizar y mantener la atención); también, en ocasiones, son generadores de indisciplina a nivel grupal. Se mueven en exceso, se levantan continuamente de su asiento, corren dentro del salón de clase, habla mucho y a menudo interrumpen y molestan a sus compañeros. Se les dificulta esperar su turno, contestan antes de que se le termine de preguntar y manifiestan baja tolerancia a la frustración.

Es un error considerar que la conducta que presentan determinados niños es premeditada, a voluntad o con intención de sabotear la clase. Estudios recientes han manifestado que un alto índice de los alumnos con problemas de conducta y bajo aprovechamiento escolar padecen TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad).

Cabe mencionar que no “todos” los alumnos que tienen problemas de conducta padecen de TDAH, sin embargo según los expertos, dicho trastorno afecta de un 3 a un 7% de los niños en edad escolar y algunos investigadores consideran que hasta 20% de la población infantil puede padecer TDAH (Elías, 2005;5).

El TDAH “es un problema fisiconeurológico que se caracteriza por falta de habilidad de la persona para concentrarse (mantener la atención), controlar sus impulsos (pensar antes de hablar o actuar) y, con frecuencia, para controlar una actividad motora excesiva (hiperactividad) a la esperada en función de su edad y entorno; se presenta generalmente antes de los 7 años de edad” (Benavides, 2002; 24)

Por estas características, el niño con **TDAH** se comporta con mucha frecuencia de manera molesta para los demás, tanto en su hogar como en la escuela es percibido por los adultos y los iguales como un niño "incómodo" o "problema", difícil de tratar y suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos. En el ámbito escolar es común que los profesores señalen al alumno con **TDAH** como *rebelde, perezoso o distraído* y con el fin de que no sea un obstáculo para la clase el profesor aísla, rechaza, ignora y en casos graves hasta ridiculiza e insulta al alumno.

¿Por qué el maestro actúa de esta forma con el alumno? los motivos pueden ser diversos pero se considera que se debe principalmente a que existe una gran desinformación al respecto y el profesor desconoce el origen de la mala conducta de su alumno, así como la forma de integrarlo al trabajo cotidiano.

La desinformación abarca también el contexto familiar ya que los padres de familia consideran que los problemas escolares del niño con TDAH se deben a la mala voluntad de los profesores o del mismo alumno. Así pretenden solucionar el problema a través de castigos, reprimendas y hasta golpes. En muy pocos casos llegan a buscar ayuda profesional y sólo después de reiteradas llamadas de atención de varias personas de instituciones diversas que coinciden en ello.

A nivel secundaria los problemas del alumno TDAH se acentúa, debido por un lado al proceso de desarrollo por el que esta pasando el joven (adolescencia) y por otro porque a este nivel (donde las edades de los alumnos oscilan entre 11 y 16 años) el alumno tiene una acumulación de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño/a con TDAH suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo/a muy malo y una autoestima escasa. (De la peña, 2003)

Existe una relación estrecha entre TDAH y fracaso escolar, debido a que el Déficit de Atención es una condición biológica que afecta primordialmente a la capacidad del escolar para focalizar y mantener la atención un tiempo prolongado en la tarea que se le propone, la hiperactividad no permite persistir mucho tiempo en una misma tarea y la impulsividad lleva a que se aburra fácilmente y abandonen las actividades sin complementarlas correctamente, y por otra, el sistema educativo, en la práctica, excluye a los alumnos con dichas características.

Es un error considerar que el fracaso escolar de los alumnos que sufren TDAH se debe únicamente a las características propias de este tipo de alumnos, el sistema educativo, por su parte, no incluye en la práctica a alumnos con capacidades diferentes, a pesar de que la "Ley General de Educación", en el artículo 41, manifiesta que "Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos."

Es común que se asocie al TDAH con otros problemas como drogadicción, depresión, ansiedad, conducta antisocial y violencia. Sin embargo se considera que estos problemas no son consecuencia necesaria del TDAH sino de la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno. De tal forma que si el profesor logra integrar exitosamente al alumno al trabajo escolar, evitando la frustración y enojo podrá contribuir (aunque en una mínima parte) en la prevención de los problemas antes mencionados.

Se parte de la idea de que una relación positiva entre docente-alumno TDAH, donde el primero conozca y –sobre todo–comprenda la problemática del trastorno que padece el alumno, dará como resultado una mejora en cuanto al desarrollo escolar y personal del adolescente. Para ello los educadores deben tener en cuenta las habilidades previas y las capacidades, de cada alumno para adecuar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las mismas. La cantidad y calidad de las tareas que propongan al alumno deben estar acordes a su nivel de competencia previo. El sistema educativo, donde se imponen condiciones de aprendizaje iguales para todos los alumnos, constituye frecuentemente uno de los principales factores que afectan de manera notable y progresiva al alumno con TDAH.

Cabe mencionar que no existe relación entre TDAH y daño cerebral orgánico, así lo manifiesta Juan Manuel Saucedo (2005, "...se ha encontrado que en muchos casos existe cierta disfunción en los lóbulos frontales de estos niños, sin que esto implique que el cerebro se encuentre dañado en su estructura orgánica,". Tampoco tiene relación con un bajo nivel de inteligencia, Benavides (2002; 27) afirma "Estos niños son, en efecto, inteligentes y brillantes; con frecuencia pueden presentar un CI superior al promedio..."

Existen tres tipos o variantes de este trastorno y es necesario diferenciarlos para evitar confusiones:

- TDAH que incluye únicamente problemas de atención, es decir, niños que son principalmente inatentos y no muestran señales de hiperactividad.
- TDAH que manifiesta problemas de hiperactividad e impulsividad y no de atención.
- TDAH combinado, que encierra problemas de atención, hiperactividad e impulsividad.

El presente trabajo se enfocará principalmente a los alumnos que padecen TDAH combinado ya que son los que presentan mayor cantidad de problemas dentro del ámbito escolar.

A pesar de que el TDAH es un trastorno de origen neurológico, y por lo tanto biológico, el tratamiento que requiere no está restringido únicamente al médico, sino que requiere de intervención "multimodal", es decir requiere participación psicológica, familiar, escolar, en algunos casos farmacoterapia.

En presente trabajo se abordará el TDAH desde la perspectiva pedagógica haciendo hincapié en la forma de disminuir la problemática que enfrenta el alumno con TDAH dentro del ámbito escolar. Sin lugar a dudas se tendrá que retomar los estudios que se han desarrollado en otros espacios como el médico, psicológico o social, pero no con la intención de analizarlos o debatirlos, sino en la medida que den explicación a los problemas que manifiesta el alumno y fundamentación a las propuestas.

El objetivo principal de este trabajo es la elaboración de un manual que contenga estrategias desde un enfoque cognitivo para trabajar con adolescentes que padecen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Aunque está dirigido a profesores de educación secundaria la información que lo constituye puede ser de utilidad para cualquier persona que trabaje con alumnos a este nivel, ya que los alumnos con TDAH "...necesitan ser sometidos a métodos diferentes de enseñanza-aprendizaje y a programas de desarrollo de estrategias que permitan controlar y

aprovechar sus características. Pero sobre todo requieren de comprensión, respeto, guía, apoyo y aceptación.” (Benavides, 2002; 28)

La tesina está constituida por cuatro capítulos:

El primer capítulo “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)” contiene información general acerca del trastorno. Se pretende que el profesor identifique los principales síntomas y sea sensible a las dificultades escolares a las que se enfrenta el alumno.

En el segundo capítulo se hace un recorrido por la infancia del alumno hiperactivo destacando las dificultades a las que se han enfrentado tanto él como los padres, se hace hincapié en que cuando el alumno llega a la secundaria trae ya una historia. El capítulo tiene por objetivo mostrar que los problemas que enfrenta el adolescente no son sólo en la escuela sino que abarca entre otros, contexto familiar; se manifiesta la importancia de un ambiente familiar estructurado que favorezca el desarrollo integral del mismo. Se hace énfasis en cómo afecta el TDAH en el proceso de adolescencia.

Los problemas escolares que presentan los adolescentes hiperactivos en la escuela secundaria se describen en el tercer capítulo, se mencionan aquellos aspectos del sistema escolar que no favorecen el desarrollo académico de los mismos, también se hace énfasis en la participación de toda la comunidad escolar, mencionando la función o la forma en que cada uno podrá apoyar a dichos alumnos.

El cuarto capítulo está constituido por el manual, en donde se recupera la información de los capítulos anteriores y a su vez se propone el trabajo en equipo: personal escolar, padres de familia y alumno. Se ofrecen técnicas cognitivas para trabajar con el alumno y este asuma la responsabilidad en su desarrollo tanto escolar como personal.

# Capítulo I

## TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

### I.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un fenómeno neurobiológico cuyos síntomas se presentan en la infancia antes de los cinco años de edad aproximadamente y puede persistir en la vida adulta. Se caracteriza por presentar síntomas de **hiperactividad**: actividad motriz superior a lo esperado para la edad y desarrollo del niño, los movimientos no parecen justificados por la necesidad de hacer algo. **Atención lábil** y dispersa, es decir incapacidad para centrar y mantener la atención en tareas, juegos o actividades prolongadas, no sigue instrucciones y parece no escuchar. **Impulsividad**: actúan sin pensar, tienen dificultad para esperar su turno, responde a preguntas de manera anticipada y manifiesta poca tolerancia a la frustración.

Se considera "trastorno neurobiológico" porque su causa fundamental es un funcionamiento erróneo de algunas zonas del cerebro, específicamente en los neurotransmisores (dopamina, norepinefrina) que inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos, sin que ello implique alguna malformación neurológica.

El TDAH no es una "nueva enfermedad" como gran número de personas o ciertos círculos de profesionales podrían pensar, pues fue descrito por primera vez en una publicación científica en el año 1902, no mucho después que se hablara de trastornos como la Esquizofrenia o el Trastorno Bipolar. Existen además, en la literatura, descripciones de niños que corresponden a lo que hoy denominamos TDAH desde mucho antes. Según Mendoza (2003:38) grandes personalidades tales como Albert Einstein, Galileo Galilei, Thomas Alva Edison, Leonardo da Vinci, W. Amadeus Mozart, entre otros, pudieron haber padecido el TDAH.

## **Antecedentes históricos.**

En el Siglo XIX, en 1854, el médico alemán Heinrich Hoffmann, mencionó un caso, "El intranquilo Phyllis" que se caracterizaba por la inquietud motora; síndrome que en la actualidad es conocido como Trastorno por Déficit de Atención *con* o *sin* Hiperactividad (TDA/TDAH). (*Barkley. 1999: 38*)

Varios autores, (*Barkley, 1999:38; Schachar, 1991:26; Moyano, 2004:22; Benavides, 2004:21*) indican que las investigaciones realizadas en 1900 por el pediatra británico George Frederic Still, representan los primeros estudios científicos al respecto. Still denominó al comportamiento de veinte infantes, que se manifestaban agresivos, desafiantes, resistentes a la disciplina, excesivamente apasionados o emocionales, como «**un defecto de control moral**», ya que los niños estudiados aún cuando manifestaban dificultades académicas serias no evidenciaban un impedimento general del intelecto, ni un trastorno físico.

Entre los años 1918-1924, después de la Primera Guerra Mundial, apareció en Inglaterra una epidemia de encefalitis letárgica; algunos de los niños que sobrevivieron presentaron secuelas serias en su conducta y capacidad cognitiva que se definieron como «impulsividad orgánica». Por tal motivo se llevaron a cabo observaciones sobre las alteraciones conductuales que surgían en los niños afectados por encefalitis, encontrándose que los infantes que padecían este proceso inflamatorio cerebral desarrollaban con el tiempo y de por vida trastornos como conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse en actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, todo esto sin privación alguna de sus capacidades intelectuales (*Schachar, 1991: 30*).

Fue en la década de los treinta cuando se llevaron a cabo investigaciones sobre medicamentos que podrían apoyar a las personas que tienen problemas de conducta e hiperactividad. En 1950, en Estados Unidos, Charles Bradley (*Schachar, 1991; Moyano, 2004*) fue el primero en usar anfetaminas, específicamente benzedrina para su tratamiento, descubriendo que al administrar estimulantes a un grupo de pacientes que presentaban hiperquinesia e inatención respondían de manera satisfactoria presentando mejoría en el rendimiento escolar y conducta dócil.

Las investigaciones, relacionadas con el uso de medicamentos para ayudar a quienes padecían problemas de conducta e hiperactividad, dieron como resultado que, para la década de 1970, el uso de fármacos, en particular de estimulantes, se convirtiera en el tratamiento más popular para tratar el déficit de atención e hiperactividad (Benavides. 2004: 21).

Entre 1940 y 1950, con base en los estudios realizados por Strauss, Werner y Lehtinen (Schachar, 1991) se pensó que la presencia de hiperquinesia podría ser considerada como un indicador de daño cerebral. Se analizaron a niños con retraso intelectual, divididos en dos grupos: los que presentaban algún trauma neurológico y los que su problema podría ser de origen hereditario. En dicha investigación se observó que los niños con lesión cerebral se mostraban distraídos, nerviosos, inquietos, desinhibidos, provocadores y excesivamente activos. Tomando en cuenta lo anterior, se argumentó que todas las lesiones cerebrales eran seguidas de una clase similar de trastorno de la conducta.

En 1947 (Moyano, 2004) a partir de la publicación de "*Psicopatología y educación de los niños con daño cerebral*" y hasta los años sesenta se utilizó el concepto de disfunción cerebral mínima o lesión cerebral mínima.

En 1957 Laufer, Denhoff y Solomons sostuvieron que la hiperactividad era un daño neurológico que se manifestaba por la incapacidad de manejar la llegada de un exceso de estímulos periféricos a la corteza motora. La popularidad de esta teoría contribuyó para que se replanteara el concepto de daño cerebral mínimo y se planteo como síndrome de impulso hiperquinético. Se incrementó el uso de estimulantes para el tratamiento de la hiperactividad. (Eliás, 2005)

El Metilfenidato o Ritalin fue utilizado por primera vez en 1961 y en 1962 se cambió el concepto de *daño cerebral* por el de *disfunción cerebral mínima*; sin embargo, con base en la teoría de Laufer y colaboradores surgieron dudas acerca de lo acertado del concepto, ya que en ocasiones no se presentaba un historial que sugiriera que el daño cerebral existía, por otra parte, el término causó malestar en algunos sectores sociales. De este modo surgieron los términos *síndrome del niño hiperactivo* o *reacción hiperquinética de la infancia*. (Benavides, 2004:23)

En 1966, el síndrome hiperquinético contaba con una lista de síntomas entre los que destacaban: hiperactividad, dificultades perceptomotoras, déficit en la coordinación general, desorden de atención, impulsividad, desorden de la memoria, dificultades del habla y la audición e irregularidades neurológicas. A este listado Clements agregó algunos aspectos como labilidad emocional o trastornos específicos de aprendizaje. (Moyano, 2004)

En 1968 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) incluyó una definición en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-II), donde se consideró a las "reacción hiperquinética de la infancia" como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, inatención y lapsos de atención cortos sobre todo en niños pequeños. Se planteaba que estos síntomas desaparecían en la adolescencia.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en la novena revisión de la "Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento" (CIE-9) subrayó aquellos trastornos caracterizados principalmente por un deterioro severo de la concentración y les dio el nombre de Desorden hiperquinético.

En 1980 surgió una nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), en donde por vez primera se adopta un enfoque fenomenológico. Se menciona una serie de síntomas similares a las características antes descritas, dándole el término de "trastorno por déficit de atención" (TDA) y subdividiéndolo en: TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad.

En el DSM-III para hacer el diagnóstico se requerían al menos tres de cinco síntomas de inatención, tres de seis síntomas de impulsividad y al menos dos de cinco síntomas de hiperactividad; otra condición contemplaba que para realizar el diagnóstico la sintomatología debía haberse presentado antes de los siete años y durar al menos seis meses.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) fue revisado en 1987. Así surge el DSM-III-R donde se establece un vínculo entre déficit de atención y la hiperactividad, y se le reconoce como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), no se señalaron subtipos.

En 1992 la OMS en el CIE-10 define nuevamente a esta entidad como síndrome hiperquinético, haciendo énfasis en la presencia observable de niveles anormales de inatención e hiperactividad. Rechaza la existencia del síndrome cuando este se encuentra asociado a otros trastornos como ansiedad o desordenes del estado de ánimo.

En 1994 se publica el DSM-IV, donde se retorna y se divide al trastorno en tres subtipos: a) TDA-H predominante con inatención; b) TDA-H predominantemente hiperactivo-impulsivo; c) TDA-H combinado, donde se presentan el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. En el DSM-IV se reconoce que el trastorno puede persistir hasta la edad adulta.

En julio de 2000 se publicó el DSM-IV-TR, el objetivo fue, por un lado, actualizar tomando en cuenta los avances médicos que habían surgido en años recientes y por otro, de identificar y corregir algunos errores de DSM-IV. No se modificaron los criterios relacionados a diagnóstico y definiciones de TDA-H. (Eliás, 2005)

En conclusión desde el descubrimiento del déficit de atención con hiperactividad, en 1854, hasta hoy la hiperactividad infantil ha recibido una gran variedad de nombres entre los que destacan el de *Defecto de control moral*, *Disfunción cerebral menor*, *Lesión cerebral mínima*, *Síndrome del niño hiperactivo*, *Reacción hiperquinética de la infancia* y *Síndrome hiperquinético*, *Trastorno por Déficit de Atención* y *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*.

A pesar de que los estudios sobre hiperactividad infantil han avanzado y existen criterios específicos para llegar a un diagnóstico, acuerdos sobre sus orígenes y tratamiento, en la literatura sobre el tema se encuentran diversas formas para nombrar al mismo fenómeno. Así podemos encontrar los términos citados a continuación:

- **ADD:** Attention Deficit Disorder.
- **ADD-H:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- **ADHD:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- **A.D./H.D.** Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad
- **TDA:** Trastorno por Déficit de Atención.

- **TDA/H, TDA-H o TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad e Impulsividad
- **SDDA:** Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

### ¿Qué es el TDAH?

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el término que se utiliza en la actualidad para describir una situación, de inadaptación o desajuste al medio social, a causa de un desorden en la conducta caracterizado por hiperactividad, desatención e impulsividad, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general (García y Magaz A. 2003. 37).

Greta Benavides, quien decide llamarlo síndrome en lugar de trastorno consideró que *Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad* o SDDA, “es la denominación diagnóstica más reciente para individuos que presentan problemas serios de atención, impulsividad y, en ocasiones, hiperactividad. Al decir problemas serios nos referimos a la dificultad grave para integrarse satisfactoriamente a su entorno escolar, familiar y social.” (2004:21)

El SDDA es un problema fisiconeurológico, dice la autora antes mencionada, que se caracteriza por falta de habilidad de la persona para concentrarse (mantener la atención), controlar sus impulsos (pensar antes de hablar o actuar) y, con frecuencia, para controlar una actividad motora excesiva (hiperactividad) a la esperada en función de su edad y entorno; se presenta generalmente antes de los siete años de edad. (Benavides. 2004:24)

Como se observó en el apartado de antecedentes históricos no existe relación entre hiperactividad, impulsividad y atención deficiente por una parte y daño neurológico orgánico por otra. El TDAH no es ocasionado por daño cerebral orgánico, es decir, no existe una lesión cerebral orgánica (tumores, mal formaciones, etc.) el problema está en el funcionamiento químico del cerebro, los neurotransmisores. (Kosak, 2004; Saucedo, 2005)

El TDAH se constituye como un problema en la medida en que es un obstáculo para el desarrollo integral del individuo que lo padece, ya que es una de las causas más frecuentes de conflictos sociales; padecimientos internalizados, como depresión, baja autoestima, ansiedad, etc.; y fracaso escolar en la edad infantil. Así lo manifiesta Granell *“Deficiencia en el aprendizaje y bajo rendimiento académico son considerados como características que generalmente acompañan a la conducta hiperactiva. La inquietud de estos niños, su falta de atención y su distractibilidad ante cualquier estímulo, por insignificante que sea interrumpe con frecuencia sus actividades de aprendizaje.”* (1982: 21)

Características conductuales del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Reif. 1999; 20).

O Déficit de atención.

- El niño es fácilmente distraído por estímulos extraños.
- Tiene dificultad para escuchar y seguir instrucciones.
- Le cuesta focalizar y sostener la atención.
- Tiene dificultad para concentrarse y aplicarse en las tareas.
- Su desempeño en el trabajo escolar es errático: un día es capaz de realizar la tarea, y al día siguiente no; el niño es “consistentemente inconsistente”
- Se desconecta; puede parecer “en la luna”.
- Es desorganizado; pierde y no puede encontrar sus pertenencias: papeles, lápices, libros; los pupitres y aulas pueden parecer un área de desastre total.
- Tiene pobres aptitudes para el estudio.
- Le resulta difícil trabajar con independencia.

O Alto nivel de actividad.

- El niño está en constante movimiento.
- A menudo agita manos o pies, se contorsiona, se cae de la silla.
- Encuentra objetos próximos para jugar con ellos o ponérselos en la boca.
- Deambula por el aula; le cuesta mucho permanecer en su sitio.

O Impulsividad y falta de autocontrol.

- Tiene estallidos verbales, a menudo inadecuados.
- No puede aguardar su turno.
- A menudo interrumpe a otros o se entromete con ellos.

- A menudo habla con exceso.
  - Se crea problemas porque no puede pensar un instante antes de actuar (responde primero y piensa después).
  - A menudo se lanza en actividades físicamente peligrosas, sin considerar las consecuencias (por ejemplo, salta desde un lugar alto, anda en bicicleta por la calle sin prestar atención), por lo cual se lastima con frecuencia.
1. Tiene dificultad con las transiciones y el cambio de actividades.
  2. Presenta una conducta agresiva, se sobreexcita con facilidad.
  3. Es socialmente inmaduro.
  4. Tiene baja autoestima y alta frustración.

## **Incidencia**

A pesar de que se desconoce con exactitud la incidencia del TDAH en la población infantil, se reconoce como uno de los problemas más frecuentes en la infancia. Las cifras varían dependiendo de los criterios para el diagnóstico, el contexto social, el país, entre otros factores. Así, los porcentajes hallados fluctúan entre 3% y 20 % de los niños en edad escolar.

En Estados Unidos, según Barkley (1999) de 3% al 5% de la población menor de 18 años padecen el TDAH. Moyano (2004) afirma que en ese país, del 3% al 8% de los niños en edad escolar padecen dicho trastorno.

En España el porcentaje coincide, *Polaino y Ávila. (2002)* mencionan que del 3% al 5% de los niños menores de 10 años son hiperactivos.

Moreno (2001) menciona que la incidencia real del trastorno es difícil de conocer, sin embargo los porcentajes oscilan del 3% al 15%.

En México, también existen variaciones en cuanto los porcentajes, Mendoza (2003), menciona que en la población escolar mexicana la incidencia de este padecimiento es del 7%. Por otro lado, Elías (2005:5) afirma que el TDA-H es uno de los diagnósticos más frecuentes en el marco de los desórdenes de la conducta infantil.

*“Afecta aproximadamente de 3 a 7% de la población en edad escolar aunque algunos investigadores consideran que hasta 20% de la población infantil puede padecer TDAH.”*

La Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, el 16 de Abril de 2006, afirmó que en nuestro país existe aproximadamente un millón y medio de niños hiperactivos. (Cruz, 2006)

### **Síntomas y signos**

El TDAH comprende distintos comportamientos que se manifiestan de manera diferente en cada persona, sin embargo generalmente se señalan tres características: problemas para mantener la atención, déficit en el control de los impulsos e hiperactividad.

**Déficit de atención:** Diversos autores aseguran que los niños y adolescentes con TDAH tienen dificultad para focalizar y sostener la atención en un estímulo por un tiempo razonable. Moyano argumenta que el problema radica en la poca flexibilidad de la atención. *“Una persona puede trasladar su foco de atención de un estímulo a otro más global varias veces por segundo, sin por ello distraerse del foco principal”.* (2004; 21)

Los niños con problemas de atención atienden a todo lo que les rodea sin priorizar un foco de atención sobre otro, es decir no atienden algo en específico, sino que su atención “salta” de un estímulo a otro. O por el contrario les es muy difícil abstraerse de su foco de atención cuando este es interesante, en otras palabras centran su atención en una sola cosa olvidándose del mundo que les rodea.

Lo anterior explica por qué los niños con TDAH pueden permanecer, sin ningún problema, tiempo prolongado frente al televisor, videojuegos, computadora. Estos aparatos lanzan gran cantidad de estímulos visuales (son brillosos y coloridos), auditivos, son interactivos por lo que logran captar la atención del niño.

Con frecuencia mencionan que se cansan o se aburren en la ejecución de trabajos, por lo que caen en interrupciones constantes o simplemente abandonan o cambian de actividad por otra sin culminar ninguna. A menudo da la impresión que no ha oído lo que se le dice o que en su defecto no está escuchando, es común que se le

dificulte seguir indicaciones y se incrementa la dificultad si recibe dos o más indicaciones a la vez.

**Hiperactividad:** Presenta excesiva actividad motriz inadecuada para la edad y el contexto en el que el niño se desenvuelve; se desplaza de manera brusca y explosiva. En lugares cerrados va de un lado a otro, cuando va por la calle salta, corre o no quiere ir a la par de sus padres, en general prefiere ir adelante o atrás. Cuando permanece sentado, tiene las piernas en continuo movimiento, se columpia, se levanta con o sin motivo y su ir y venir no persigue ningún fin: su actividad carece de objetivos.

**Impulsividad:** Falta de reflexión por parte del niño o adolescente; su impulsividad le lleva a convertir en acto cualquier deseo y en consecuencia se mete en problemas. Interfiere en actividades de sus compañeros; interrumpe conversaciones ajenas y obtiene conclusiones apresuradas; no respeta las normas de convivencia, impone su voluntad y sus reglas en los juegos ignorando el consenso y acuerdo de los demás; en ocasiones se muestra violento, tanto física como verbalmente; actúan sin pensar y asumir las consecuencias de sus acciones; presenta incapacidad para evaluar y prevenir riesgos futuros, esto hace que parezca atrevido y que, en consecuencia, se exponga a situaciones de peligro potencial.

Como se puede observar las características antes mencionadas son comunes en la mayoría de niños, sin embargo, el problema no radica en el comportamiento sino en la frecuencia con que se presenta y lo inoportuno del momento en que suceden.

En el DSM-IV (1995) y DSM-IV-TR (2000) se identifican los síntomas, antes mencionados de la siguiente forma:

1. Inatención: Seis( o más) de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e inapropiada en relación con el nivel de desarrollo:
  - a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Frecuentemente no sigue instrucciones o no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no debido al comportamiento o posición desafiante o incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como actividades escolares o domésticas).
- g) Con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

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

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

3. Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido complementadas las preguntas
- h) Con frecuencia tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

En el DSM-V se establecen tres subtipos del trastorno:

1. El TDAH tiene predominio de inatención cuando se detectan 6 o más ítems de inatención y menos de 6 ítems de hiperactividad/impulsividad. Predomina la inatención y prácticamente no se presenta la hiperactividad.
2. El TDAH tiene predominio de hiperactividad/impulsividad cuando se detectan 6 o más ítems de hiperactividad/impulsividad y menos de 6 ítems de inatención. Es decir no esta tan marcada la inatención, pero la inquietud y la impulsividad se manifiestan de manera constante.
3. Se considera un TDAH combinado cuando se detectan 6 o más ítems de hiperactividad/impulsividad y 6 o más ítems de inatención. En otras palabras se presentan casi todos los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad.

Según Mendoza (2003) la frecuencia con la que se presenta los subtipos del TDAH son:

- TDAH con predominio de inatención es el que se diagnóstica mas tardíamente, se presenta en el 20% de los casos.
- TDAH predominantemente hiperactivo impulsivo es el menos frecuente se observa en menos de 10% de los casos.
- TDAH combinado es el más frecuente se presenta del 60% a 70% de los casos.

## **I.2 Etiología.**

El TDAH es un trastorno que no ha sido plenamente descifrado, ya que hasta ahora se desconocen las causas exactas de su origen. Los expertos señalan que en el TDAH intervienen factores neurológicos, genéticos y ambientales. Moreno señala: *"más que*

*existir uno o varios mecanismos explicativos, lo que ocurre es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta.”* (2001; 51).

La doctora María del Pilar Poza Díaz, jefa de la clínica de la conducta del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, al participar en el Simposium “Tratamiento y evaluación del TDAH” que se llevó a cabo en octubre de 2006, afirmó que “El 80% de los casos de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es de origen genético, mientras que el 20% restante se debe principalmente a problemas perinatales –durante el embarazo- como desnutrición, consumo de sustancias tóxicas como tabaco y drogas, entre otras.

También menciono que *“en actualidad diversos estudios señalan que este trastorno es hereditario debido a que existe la alteración en el gen transportador y receptor de la dopamina sustancia neurotransmisora más importante del sistema nervioso central, que participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad.”* (Poza, 2006)

### **Factores genéticos.**

Se han realizado estudios que aportan evidencia de que la hiperactividad tiene un componente genético importante. Taylor (1991) menciona los siguientes estudios:

Safer, 1973, descubrió que los hermanos completos de niños hiperactivos tienen más problemas de presentar problemas similares, a diferencia de los hermanos de un solo padre.

Cantwell, 1995, comparó los problemas psicológicos de padres adoptivos de niños hiperactivos con los problemas psicológicos de los padres biológicos, en dicho estudio encontró que la prevalencia de trastornos psicológicos era mayor en los padres biológicos.

Cunningham y Cols. Compararon los hijos de padres psicológicamente normales con la descendencia de padres con algún tipo de trastorno. Se demostró que el

trastorno psiquiátrico fue más frecuente en los hijos biológicos de padres con trastorno, pronunciándose más esta relación en los niños hiperactivos.

Otro estudio que aporta pruebas, es la comparación de gemelos monocigóticos y dicigóticos del mismo sexo, se observó que los primeros coinciden más en su comportamiento y que tienen niveles similares de actividad en los primeros años de vida que los gemelos diferentes. De este estudio con niño "normales" se concluye que las diferencias temperamentales estén parcialmente basadas en la constitución genética.

Moyano, indica que en estudios recientes del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de Los Ángeles, California "... localizaron una región del cromosoma 16 que contendría un gen de riesgo para el síndrome de hiperactividad y déficit de atención." (2004:27). Y que dicho gen puede contribuir hasta en un 30% en el origen del TDAH.

A pesar de que ninguno de los estudios antes mencionado aporta pruebas determinantes e irrefutables de que el TDAH puede ser atribuido a la herencia, se sabe que un niño con TDAH tiene a menudo un pariente biológico que presenta o presentó las mismas conductas. Cuando el primer niño de una familia tiene TDAH el segundo hijo tiene de 20 a 25% más de probabilidades de estar afectado. Por otra parte entre el 15 y el 40% de los padres de niños con TDAH presentan el mismo trastorno. (Moyano, 2004)

## **Posibles causas del TDAH**

### **Factores biológicos / fisiológicos**

Como se observó en los antecedentes históricos, durante mucho tiempo se relacionó al TDAH con lesiones cerebrales, sin embargo esta línea de investigación quedó descartada ya que si bien es cierto que una lesión cerebral puede ser el origen de múltiples trastornos psiquiátricos y psicológicos, también es un hecho que la mayoría de niños que padecen TDAH no presentan evidencia de haber sufrido alguna alteración cerebral, así mismo, de los niños que tienen daño cerebral solo un porcentaje mínimo son hiperactivos.

Con base a investigaciones recientes, diversos autores (Barkley, 1999; Polaino y Ávila, 2002; Mendoza, 2003; Moyano, 2004; Elías, 2005) indican que los niños hiperactivos no tienen ningún defecto en las neuronas, sino en los neurotransmisores que inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos, a nivel de la sinapsis neuronal. Esto podría sugerir que no están bien equilibrados los neurotransmisores como la dopamina y neroprinefrina por ser los más asociados en regular la capacidad de atención. De tal forma que *“este desequilibrio sería el agente responsable de las dificultades que el niño hiperactivo tiene para centrar su atención y mantenerla durante un cierto tiempo, así como de la falta de autocontrol y ajuste de su conducta a las demandas del medio”* (Polaino y Ávila. 2002; 65).

### **Factores prenatales o perinatales**

Algunos investigadores, han sugerido que las complicaciones surgidas durante el embarazo o parto están relacionadas de manera causal con el TDAH.

Se ha considerado que los niños prematuros con bajo peso al nacer y que han sufrido infecciones neonatales, tienen una gran posibilidad de desarrollar problemas conductuales e hiperactividad. Por otra parte la exposición prenatal a drogas, tales como el alcohol o tabaco, e incluso el estrés psicológico de la madre embarazada tiene a menudo, como consecuencia entre otros, problemas de conducta observados en la infancia. Debido a que las complicaciones prenatales o perinatales no afectan de la misma forma a todos los niños, no se consideran una causa del TDAH, sino factores predisponentes. (Moreno, 2001)

### **Situaciones o circunstancias que no son la causas del TDAH.**

A pesar de que, actualmente la teoría más aceptada del origen del TDAH, es la que sostiene que hay un desequilibrio químico en el cerebro de quienes padecen el trastorno, de forma concreta en el lóbulo frontal. Con frecuencia se encuentran afirmaciones que atribuyen el TDAH a otros factores. Dichas afirmaciones no tienen un sustento científico y a medida que las investigaciones avanzan se ha demostrado que la relación causal entre TDAH y los siguientes factores es mínima o en la mayoría de casos nula. Barkley (1999) menciona los siguientes factores:

**Exposición al plomo:** Existen evidencias científicas de que un nivel bajo a exposición al plomo influye en problemas de conducta de los infantes, sin embargo, hasta el momento los datos disponibles no sugieren relación específicamente con el TDAH.

**Consumo de aditivos químicos:** En la década de los setenta se pensó que los conservadores, saborizantes y colorantes artificiales que contienen los alimentos estaban directamente relacionados con la hiperactividad, sin embargo nunca se ha demostrado que los niños normales desarrollen un TDAH por consumir dichos alimentos o en su defecto que los niños que sí padecen el trastorno mejoren al dejar de consumirlos.

**El consumo de azúcar:** La idea de que un alto consumo de azúcar es la causa del TDAH gozó de mucha aceptación durante la década de los ochentas, a pesar de no hubo, ni hay algún estudio científico que la apoye. Se realizaron algunos estudios con sustituto de azúcar, (aspartame) de los que se concluyó que la ingesta de azúcar no provoca cambios significativos en la conducta de los niños.

**Alergias a alimentos:** Las investigaciones cuyo objetivo es demostrar una relación causal entre las dietas alimenticias y el TDAH reportan pocos datos confiables al respecto, en ocasiones las variantes en la conducta de los niños estudiados es el resultado de "la sugestión psicológica" de los padres.

**Déficit de vitaminas:** La terapia megavitamínica tuvo como base que grandes dosis de vitamina B3, C y piridoxina tienen efectos benéficos en los pacientes con enfermedades mentales, sin embargo se observó que dicha terapia causa un efecto contrario en niños con TDAH, ya que, su conducta empeora.

**Disfunción de la tiroides:** En 1993 se realizó un estudio que afirmaba que un déficit de la hormona tiroidea estaba relacionado con el origen del TDAH, a partir de ello se realizaron otras tres investigaciones, mismas que descartaron la hipótesis de la investigación inicial. No se encontró conexión significativa entre la hormona tiroidea y el TDAH.

**Luz blanca fluorescente:** No hay estudio serio que apoye la idea de que los rayos x que despide la luz blanca fluorescente son la causa del TDAH, esta es una afirmación que no tiene ningún sustento científico.

**Una vida familiar caótica o la mala educación:** Diversos especialistas coinciden en que el TDAH no es provocado por la mala educación proporcionada por los padres. El comentario más generalizado es que la conducta hiperactiva es causada por que los padres son demasiados permisivos y ausentes, o por el contrario, violentos e intransigentes, pero en ambos casos no establecen normas conductuales claras favoreciendo la indisciplina del niño. Si bien es cierto que las relaciones familiares específicamente con los padres influyen en la personalidad y formación de los individuos no son determinantes en los comportamientos. Benavides dice al respecto que la forma de criar o educar al niño no le provoca o causa el SDDA, pero sí puede afectar, empeorar, alterar modificar o mejorar su sintomatología y el grado en el que el individuo logra vencer dificultades, adaptarse y triunfar familiar, emocional, académica, social y laboralmente. (Benavides. 2004; 39). La relación que se establece entre el niño con TDAH y la familia se analizará de manera detallada en el siguiente capítulo.

### **I.3 Trastornos asociados.**

Existe un alto índice de comorbilidad con el TDAH ya que una gran cantidad de los niños remitidos a consulta por dicho trastorno presentan simultáneamente otro desorden de la conducta. *“Se llama comorbilidad cuando dos o más padecimientos, asociados entre sí se manifiestan en el mismo individuo.”* (Van-Wielink, 2004; 73)

La frecuencia de comorbilidad del TDAH con algún otro trastorno varía según el autor consultado, el rango va de 40 a 90%. Sólo por mencionar algunos: Scandar (2003) considera que el TDAH se presenta simultáneamente con otros padecimientos en el 50% de los casos.

Van-Wielink (2004) menciona que la comorbilidad del TDAH es de 70 a 90% y Elías Cuadros (2005) afirma que de 50 a 90% de los casos de TDAH incluyen otro trastorno.

Según estos autores entre los trastornos asociados más frecuentes se encuentran:

1. **Trastorno Opositorista Desafiante (TOD):** Se manifiesta con comportamientos negativos, desafiantes, desobedientes y hostiles hacia las figuras de autoridad. Los niños que padecen TOD se caracterizan por tener ataques de mal humor y rabietas; se presentan quejumbrosos al presentar constantemente argumentos para justificar su desobediencia y agresividad, para no hacerse responsables de sus actos, ya que es frecuente que culpen a otros de sus propios errores; molestan deliberadamente a los demás.
2. **Trastorno de Conducta (TC):** Es un desorden más severo que el TOD ya que es un patrón de comportamiento en el que se violan las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás. Los niños y adolescentes con estos trastornos son fanfarrones y prepotentes; pueden presentar conductas agresivas, tales como intimidación y amenazas, peleas y violencia física.
3. **Trastornos de ansiedad:** estos problemas y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo en aproximadamente un 35% de los casos. Podemos mencionar, entre los problemas de ansiedad a: Trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.
4. **Trastornos afectivos:** Estos trastornos incluyen depresión mayor, distimia y trastorno bipolar. El 30% de niños con TDAH pueden padecer depresión, caracterizada por ánimo caído, el desgano, la baja autoestima, la tristeza y la angustia y cambio abrupto del estado de ánimo hacia la hiperactividad, el mal humor y la agresividad. Los niños con distimia presentan a menudo baja autoestima, se les ve tristes e irritables. El trastorno bipolar se caracteriza por estados alternados de exaltación del estado de ánimo y episodios depresivos.
5. **Trastornos del sueño:** los niños con TDAH suelen presentar problemas tanto en la conciliación del sueño (se retrasa), como en el mantenimiento de éste (se despiertan de noche) y en su duración (se despiertan antes). Es más frecuente cuando están bajo tratamiento farmacológico.

6. **Síndrome de Tourette:** se presenta con movimientos anormales; rápidos, súbitos, convulsivos, repetitivos e involuntarios llamados tics. En la mayoría de los casos es un padecimiento hereditario. La presencia de un TDAH no parece incrementar particularmente el riesgo de presentar un trastorno por tics.
7. **Trastornos de la coordinación del desarrollo (DCD):** Se presentan en un tercio de los niños con TDAH y se caracterizan por una escasa coordinación motora y la dificultad para realizar actividades que requieren de motricidad fina.
8. **Trastornos del aprendizaje:** Es común que se confunda o hable de manera indistinta de bajo rendimiento académico y problemas de aprendizaje, sin embargo estas dos entidades que aunque están relacionadas son diferentes: se llama bajo rendimiento académico cuando el niño rinde por debajo de su potencial intelectual, empero este no constituye en trastorno del aprendizaje. Los trastornos de aprendizaje comórbidos con el TDAH son: Problemas de lenguaje, discalculia y disortografías. La diferencia antes mencionada, así como los trastornos de aprendizaje y fracaso escolar se abordarán ampliamente en el tercer capítulo.
9. **Trastornos por abuso de drogas:** Barkley (1999) menciona que la falta de control de impulsos que caracteriza al TDAH es un factor de riesgo para el abuso de sustancias en la adolescencia o la vida adulta. Por otra parte la falta de tratamiento oportuno a la comorbilidad de TDAH con los TC y TOD pueden tener como consecuencia conductas antisociales y adicciones a sustancias tóxicas. Este punto se ampliará en el siguiente capítulo.

Elías Cuadros (2005) clasifica los trastornos asociados de la siguiente manera:

- **Los desordenes antisociales,** son de los más frecuentes, incluyen el trastorno oposicionista desafiante (TOD) se presenta en 35% de los niños con TDAH y es más común en la infancia. Trastornos de la conducta (TC) más común en los adolescentes presenta una comorbilidad con el TDAH hasta del 50%.
- **Trastornos del estado de ánimo,** que contemplan la depresión y trastorno bipolar.

- **Desórdenes de ansiedad, (TANS)** en cuatro áreas afectiva, cognitiva, afectiva y conductual.
- **Trastorno de aprendizaje.** Que afecta aproximadamente de 15 a 30% de los niños con TDAH.

La comorbilidad de estos trastornos con el TDAH, conlleva una gran problemática ya que debido a ello tanto diagnóstico como tratamiento se hacen más difíciles.

#### **I.4 Diagnóstico oportuno.**

Llegar a un diagnóstico claro y conciso de TDAH es muy complejo, debido a que por un lado hay un alto índice de comorbilidad con otros trastornos y por otro no hay pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico de dicho trastorno. Si bien las pruebas utilizadas actualmente son de gran utilidad para detectar posibles dificultades intelectuales y perceptivas del niño, ninguna refleja si existe una actividad motriz excesiva y anormal.

A pesar de que en las últimas décadas se ha intensificado las investigaciones sobre el TDAH, el diagnóstico en muchos casos resulta impreciso y hasta erróneo. Así lo manifestó Granell (1982; 14) según un estudio realizado en Venezuela. El diagnóstico de la hiperactividad ha sido, en la mayor parte de los casos impreciso. La mayoría de la veces, el diagnóstico es dado con base a muestras deficientes de conducta, al informe subjetivo de los familiares, o a las observaciones subjetivas y no comparadas de observadores no entrenados.

Por otra parte, La Dr. Ángeles Cruz Martínez afirmó que en México, *“sólo el 8% del millón y medio de niños hiperactivos están diagnosticados y que es común que se medique erróneamente a niños que no padecen TDAH.”* (Cruz, 2006)

## **Problema para el diagnóstico.**

Debido a que no hay pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico del TDAH, se ha abusado en la aplicación de pruebas estandarizadas o test y estudios neurofisiológicos.

Al respecto, Saucedo (2005), argumenta que a menudo se recurre al electroencefalograma (EEG), demandado por las instituciones escolares, a fin de detectar si el niño con bajo aprovechamiento escolar y conducta inapropiada padece el trastorno, sin embargo el EEG sólo revela si hay o no fenómenos epilépticos y carece de valor para diagnosticar un TDAH. También afirma que las pruebas psicológicas comúnmente utilizadas (pruebas psicométricas) son útiles sólo cuando se sospecha que el TDAH está asociado a un trastorno específico de aprendizaje, aportan información acerca del coeficiente intelectual del sujeto, pero por sí solas no diagnostican el TDAH.

Frente a la frecuente afirmación a la ausencia de pruebas médicas para su diagnóstico (de laboratorio, de imagen, etcétera.) como prueba de su inexistencia, tal como lo consideró la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos (organización suiza que investiga los abusos de la psiquiatría) quienes consideraron que el TDAH es una "enfermedad" construida o inventada por la psiquiatría, debe recordarse que más de la mitad de las enfermedades carecen de pruebas de este tipo para su confirmación, entre las que se puede citar la enfermedad de Alzheimer, las migrañas, varias formas de meningitis o la mismísima gripe. Tampoco existe, de hecho, ninguna prueba objetiva que invalide su diagnóstico o demuestre su inexistencia.

Otro problema es que en ocasiones cuando los niños son canalizados para que se les haga un diagnóstico, al observarlos fuera del contexto escolar pueden parecer a primera vista que el niño no tiene problema alguno, esto se debe a que *"Estos niños tienen más dificultades para controlar su conducta cuando están con otros niños que cuando están solos. Esto se debe a sus dificultades para mantener la atención y a la gran facilidad que tienen para distraerse."* (Polaino y Ávila, 2002; 11)

Por último, en ocasiones se llega a un diagnóstico erróneo ya que algunos comportamientos que presentan los niños con mucha energía y muy traviesos en general podrían confundirse con síntomas parecidos al TDAH. En este sentido hay que

diferenciar la hiperactividad de la *hipermotilidad*. La hipermotilidad es un patrón psicomotriz ligeramente más elevado de lo habitual para la edad del niño. Los niños con hipermotilidad, aunque son traviesos e inquietos, no tienen ningún impedimento para realizar sus tareas, por el contrario, a diferencia de los niños hiperactivos, terminan mucho antes que el resto del grupo. (Moyano, 2004)

Por otra parte hay un gran número de trastornos en la infancia que pueden presentar síntomas similares a los del TDAH, y cuyo diagnóstico debe descartarse en el proceso de evaluación del mismo. En estos se incluyen, entre otros, los trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta, y trastornos de ansiedad y afectivos (como depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo).

Ante los problemas antes mencionados se hace necesario:

- **Un diagnóstico diferencial** donde se descarte la presencia de otros trastornos sean psiquiátricos, del desarrollo, trastornos de la conducta, etc. Este diagnóstico ayuda a aclarar si los síntomas presentados corresponden con los del TDAH u otro desorden.
- **Un diagnóstico de posición** para que una vez diagnosticado el TDAH se determine en qué medida afecta al niño y en qué áreas. (Orjales,2001)

El TDAH, afirma Benavides (2004; 45) tiene que diagnosticarse por inclusión, es decir tomando en cuenta, síntomas, conductas que hacen sospechar que niño padece dicho trastorno. Y por exclusión; descartando otros desordenes o padecimientos como daño cerebral mínimo, ansiedad, autismo, depresión, etc.

Un diagnóstico acertado del TDAH implica la participación de diversos profesionales, médicos, psicólogos, neurólogos, profesores, en un **trabajo interdisciplinario**. A diferencia del trabajo multidisciplinario donde cada especialista trabaja de manera aislada, el trabajo interdisciplinario requiere de la participación conjunta, donde los especialistas compartan y discutan sus apreciaciones de manera periódica y personal. De tal forma que en conjunto determinen el tratamiento y analicen los avances del mismo. (Moyano, 2004)

## **Criterios para el diagnóstico**

Según Barkley (1999) ante el menor indicio de que un niño tiene TDAH se debe solicitar una evaluación de tal forma que se detecte de manera oportuna. El diagnóstico deberá iniciar si un niño muestra alguno de los siguientes problemas:

- Durante al menos seis meses, el niño ha demostrado actividad, desatención e impulsividad muy superior a la de los niños de su edad.
- Durante al menos varios meses, otros padres les han comentado que su hijo tiene mucho menos autocontrol o es mucho más activo, impulsivo y desatento de lo normal cuando esta con otros niños.
- Necesitan mucho más tiempo y energía que otros padres para controlar y evitar que se haga daño.
- A los otros niños no les gusta jugar con su hijo y le evitan debido a su conducta excesivamente activa, emotiva o agresiva.
- El personal educativo le informa que su hijo ha tenido problemas graves de conducta durante varios meses.
- Si el padre se siente exhausto o hasta deprimido por tener que cuidar y controlar al niño, si pierde el control e incluso ha recurrido al castigo físico.

Para realizar un diagnóstico de TDAH (de acuerdo con la clasificación DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association [Asociación Americana de Psiquiatría]), los síntomas mencionados en el apartado de signos y síntomas deben:

- Estar presentes en dos o más lugares donde el niño se desempeñe.
- Haber aparecido antes de los 7 años.
- Interferir con la habilidad de funcionar del niño y haberlos padecido por lo menos seis meses.
- No haber aparecido después de una enfermedad o acontecimiento angustiante (separación de los padres, muerte de un ser querido, etcétera.).

## **Evaluación del TDAH.**

Para llevar a cabo una evaluación confiable, profesional y completa se deben explorar diversas áreas. Barkley (1999), Moyano (2004) y (Orjales, 2001) coinciden en lo siguiente:

**Entrevista clínica** es la primera parte de la evaluación, en donde los padres deberán proporcionar información acerca de: Problemas durante el embarazo. Forma de nacimiento o problemas de parto. Desarrollo neuro-motriz, es decir, posibles desviaciones cronológicas en el desarrollo psicomotor y de lenguaje. Enfermedades padecidas durante los primeros años de vida. Presencia de parientes con una conducta similar o algún trastorno psíquico. Problemas escolares como rendimiento académico y comportamiento. Esfera afectivo-comportamental; rasgos de conducta, hábitos alimentarios y de higiene, sociabilidad, entre otros. Entrevista con el niño para observar su aspecto, conductas y habilidades.

**Examen médico** donde se evalué entre otras cosas, la agudeza visual y capacidad auditiva.

**Exploración neurológica** (Sólo en caso necesario) para detectar posibles alteraciones en la interacción perceptivo-motriz.

**Exploración neurofisiológica** (Sólo en caso necesario) que revela si existe malfuncionamiento a nivel cerebral. Los estudios sugeridos son el electroencefalograma, cartografía cerebral, tomografía por emisión de positrones (PET) y potenciales evocados.

**Evaluación psicopedagógica** Se realiza principalmente con la aplicación de pruebas específicas que arrojen información en cuanto a: nivel de inteligencia, desempeño escolar, atención y niveles de adquisición de conocimientos, estilos cognitivos, entre otros. En la exploración pedagógica se pretende conocer: el nivel de lectura rápida, comprensión lectora, calidad de caligrafía, nivel de ortografía, solución de problemas y cálculo matemático automático, hábitos de estudio, capacidad para rescatar las ideas principales de un libro, capacidad de definir conceptos y riqueza del vocabulario.

La evaluación psicopedagógica se realiza a través de juegos, dibujos, actividades interactivas con computadoras y baterías psicométricas. Por ejemplo en el área cognitiva, se utilizan principalmente: figura compleja de Rey, Stroop, algunas pruebas de Wisc, memotest, dilema, traversi. En cuanto a la aritmética se puede

utilizar algunos subtest del Wisc como "Aritmética" o algunos juegos como "Calculamos jugando", "Flogge", entre otros.

Los cuadernos que los niños utilizan en la escuela de manera cotidiana pueden ser un buen elemento para realizar el diagnóstico pedagógico. En ellos se puede observar, entre otras cosas, hábitos de estudio, caligrafía, nivel de ortografía, solución de problemas matemáticos, así como el estado de atención y la adquisición de conocimientos.

## **I.5 Tratamiento.**

Los objetivos del tratamiento de TDAH son en primera instancia, disminuir los síntomas-guía del TDAH; segundo reducir o eliminar los síntomas asociados y por último proporcionar apoyo para la solución de problemas de aprendizaje, lenguaje, escritura, relación social, actitud en el entorno familiar, entre otros.

El tratamiento del TDAH exige, en la mayor parte de los casos, una intervención multimodal, que incluya, psicoeducación y entrenamiento de padres, intervenciones psicológicas-conductuales o cognitivo-conductuales, intervenciones escolares y psicopedagógicas y si fuese necesario tratamiento farmacológico.

### **Empleo de medicamentos.**

El objetivo de la medicación es estimular aquellas áreas cerebrales que están poco activas. Con ello se busca mejorar los síntomas principales del trastorno, mejorar el rendimiento académico y comportamental del niño, facilitar las interacciones escolares, familiares y sociales, y permitir un desarrollo más eficaz de las intervenciones psicológicas y pedagógicas.

Sin embargo la decisión de proporcionar ayuda farmacológica a los niños con TDAH es motivo de arduas discusiones entre profesionales. Algunos consideran que la ayuda farmacológica es más eficaz que la psicológica y educativa. Argumentan que *"la medicación no es sólo para controlar la conducta del niño, sino también le ayuda a*

*ajustarse mejor a las necesidades del entorno, haciendo más eficaz su trabajo. Además la medicación le facilita un mayor autocontrol, disminuye su mal humor e irritabilidad y le ayuda a ser menos caprichoso y más tolerante ante la frustración y, en consecuencia, mas obediente.” (Polaino y Àvila, 2002; 76)*

Por otra parte están quienes piensan que la medicación debe quedar como la última alternativa debido a toda la problemática que conlleva prescribir medicamentos a los niños.

Así lo consideró Granell (1982; 15) El uso de estimulantes tiene muchas desventajas:

- a) Puede producir efectos secundarios como pérdida de apetito, detenimiento del crecimiento físico, aumento del ritmo cardiaco, elevación de la presión sanguínea y alteraciones en el pulso, insomnio, etc.
- b) Se ha encontrado que cierto número de casos (aproximadamente un 30%) son resistentes a los estimulantes y que algunos de ellos como el Ritalín, son más eficientes cuando el electroencefalograma (EEG) es anormal y cuando hay evidencia de daño en el examen neurológico y se presenta deficiente cuando no existe dicho daño.
- c) Los estimulantes no producen cambios duraderos. Tan pronto se interrumpen, el niño regresa a los patrones originales de conducta. Aunque suele parecer que los estimulantes facilitan el aprendizaje no son elemento suficiente para producirlo.
- d) Las dosis deben ser limitadas debido a que suelen producir trastornos en el sueño por tal motivo se proporciona el estimulante al iniciar el día para la jornada escolar y se suspende al llegar la tarde, esto da como resultado que durante las horas de actividad escolar, los efectos de los estimulantes producen conductas más adecuadas, pero en casa reaparece la conducta inadecuada.
- e) Se han señalado inconvenientes de mayor importancia como posibles causantes de trastorno psicóticos.

La Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos (ONG de origen suizo que estudia los abusos de la psiquiatra) afirma que actualmente existe una prescripción

indiscriminada de estimulantes. Señaló que *"se estima que las prescripciones de psicotrópicos a niños se elevan a 17 millones anuales. Así mismo, sostuvo que "ciertos psiquiatras y grupos de interés han promovido falsos diagnósticos para lograr un mercado de más de 20 millones de dólares al año"*. (Huesca: 2005)

Actualmente el tratamiento farmacológico es el más aceptado tanto en países latinoamericanos, como en Estados Unidos en donde del 10 al 12 % de los varones en nivel escolar consumen metilfenidato. (Moyano, 2004). Esto se debe en parte a que las sustancias químicas que alteran el comportamiento, pueden resultar, para algunos padres, una estrategia más cómoda y más económica en tiempo, esfuerzo, y dinero que un proceso de aprendizaje de nuevas destrezas cognitivas e instrumentales. En estos casos se ve al estimulante como la "píldora mágica" que provocará el buen comportamiento del niño, desarrollo de hábitos, alto desempeño académico, etc.

Todos los autores que se manifiestan a favor del uso de fármacos, especifican que por sí sólo no es suficiente para la solución de las problemáticas que genera el TDAH. El tratamiento farmacológico es sólo una parte de un tratamiento integral.

Los medicamentos para tratar el TDAH incluyen:

- Metilfenidato. (Ritalín y Rebufen)
- Dextroanfetamina (Dexedrina)
- Pemolina (Cylert)
- Atomoxetina.
- Modafinil.

Otros medicamentos:

- Antidepresivos: ISRS o mixtos.
- Clonidina.

## **Terapia del comportamiento.**

Los niños con tratamiento farmacológico y terapia de comportamiento combinados, suelen mostrar mayor mejoría que los que solo son tratados con medicamentos. La terapia de comportamiento incluye trabajar uno a uno con el terapeuta. Juntos practican habilidades sociales y de solución de problemas. Los consejeros también les enseñarán a los padres y maestros a modificar el comportamiento del niño, a través de aplicación de técnicas cognitivas o comportamentales.

Se explicarán de manera somera ya que la recopilación, análisis, aplicación práctica y explicación de manera detallada de estas técnicas se encuentra en el último capítulo.

## **Técnicas conductuales o comportamentales.**

Las técnicas comportamentales, también conocidas como técnicas operantes, tienen como objetivo *“mantener al niño trabajando en la tarea, controlar la impulsividad, terminar las tareas, obedecer e incrementar sus habilidades sociales al mismo tiempo que tratan de reducir la hiperactividad motriz, disminuir el tiempo en que el niño está fuera de la tarea que le corresponde, etc.”* (Orjales, 2001; 105)

Las técnicas operantes hacen hincapié en las consecuencias inmediatas que siguen a un comportamiento. Así que tienen como base la administración de refuerzos positivos a los comportamientos deseados y castigos, y en ocasiones sólo basta ignorar al niño, para la desaparición de las conductas indeseables.

Los refuerzos pueden ser de índole social o afectiva, por ejemplo elogios, contacto físico, juegos y algunos privilegios. O materiales dulces, juguetes, puntos o fichas. etc. Pero siempre deben ser individuales, es decir deben seleccionarse en función de las preferencias y deseos de cada niño.

Las técnicas operantes son muy variadas, entre las más utilizadas están:

**La economía de fichas**, una de las técnicas más conocida y más utilizada, consiste en recompensar al niño con puntos o fichas que posteriormente podrá cambiar

por algún premio establecido previamente en una lista elaborada por el padre o profesor, según sea el caso.

**Reconocimiento social** la aprobación constante por parte de los padres o profesores constituye en reforzador muy eficaz, sin embargo los elogios deben ser reiterativos de lo contrario no se obtienen los resultados esperados, debido a la dependencia emocional que caracteriza al niño con TDAH.

**El castigo** considerado como una experiencia desagradable, se utiliza para reducir conductas negativas. Algunos castigos pueden ser llamada de atención en privado, quedarse después de clase, trabajo escolar extra, etc.

**La extinción de conductas indeseables** consiste en ignorar al niño cuando este se porta de manera incorrecta y atenderle, escucharle, jugar con él, etc. si la conducta del niño es la que se espera.

**El coste de respuesta**, consiste en la pérdida de alguna consecuencia positiva esperada por el niño o retirarle al niño cierta cantidad de reforzadores que ya había obtenido (fichas o puntos).

**La sobrecorrección**, el niño deberá enmendar todos los daños que ocasionan los comportamientos o actos destructivos y aparte deberá realizar una tarea extra de la misma índole.

**Tiempo fuera**, consiste en alejar a niño a un lugar alejado de estímulos gratificantes, para que este reflexione en su conducta y busque posibles alternativas.

### **Técnicas cognitivas y de autocontrol**

Estas técnicas *“suponen básicamente que los niño hiperactivos tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares.”* (Moreno, 2001; 118) Las técnicas cognitivas requieren que el niño trabaje con su pensamiento, algunas de ellas son:

**Modelos de conducta reflexiva.** Tomando en cuenta, la influencia que sobre la conducta del niño, tienen las personas que le rodean, esta técnica consiste en ofrecer al niño modelos de trabajo que muestren conductas reflexivas, que verbalicen en voz alta estrategias para resolver problemas cotidianos.

**Técnicas para la autoevaluación,** el terapeuta deberá enseñar al niño hiperactivo a autoevaluar su conducta, ya sea positiva o negativa, sus errores y su aprendizaje. También proporcionará elementos para que acepte y enfrente sus dificultades sin que ello conduzca a un empeoramiento de la autoimagen.

**Entrenamiento para que el niño se haga responsable de sus éxitos y fracasos.** El niño con TDAH en general atribuye sus fracasos a factores externos, sin embargo el primer paso para cambiar una conducta es reconocer en qué medida se es responsable.

**Autoinstrucciones** consiste en modificar las verbalizaciones internas que el niño utiliza en la realización de una tarea y modificarlas por las que resulten apropiadas para la realización del trabajo designado.

**Estrategias para la solución de problemas,** a través de la técnica de la tortuga y el entrenamiento en solución de problemas interpersonales.

## Capítulo II

### EL ADOLESCENTE CON TDAH EN EL ÁMBITO FAMILIAR

El comportamiento inapropiado, disruptivo y exigente que manifiestan los adolescentes con TDAH tiene un gran impacto dentro del contexto familiar debido a la sintomatología del trastorno, las relaciones familiares tienen características específicas; es decir, *"...las reacciones de sus padres y hermanos son inherentemente más negativas y estresantes para todos los miembros de la familia. [...] Hay evidencia de que los padres y hermanos de niños con TDAH pueden estar sufriendo más angustia y trastornos psiquiátricos que las familias con niños sin TDAH."* (Barkley, 1999; 116)

La forma como perciben los padres y familiares cercanos al adolescente con TDAH es muy importante, ya que de ello depende la forma de cómo se educa o controla y lo que se le exige al joven.

#### II.1 La relación con los padres

La adolescencia es una etapa de intensos cambios físicos, emocionales y mentales. La búsqueda constante de independencia y los recurrentes desafíos a las figuras de autoridad por parte del adolescente hacen que la relación entre padres e hijos se torne conflictiva.

Tomando en cuenta que los padres de niños con TDAH comienzan a tener problemas para controlar a sus hijos o corregir las conductas inadecuadas desde muy temprana edad, para la adolescencia, tanto padres como hijos traen "cargas" emocionales muy fuertes ocasionadas por problemas sin resolver en la infancia.

Las relaciones padres y adolescente hiperactivos son aun más complejas si este último no ha sido diagnosticado y no ha recibido tratamiento. Cabe mencionar que las situaciones que se mencionaran en los siguientes apartados corresponden a aquellas familias donde los padres están completamente desorientados y desconocen el origen de la conducta del niño, por lo tanto este último no ha recibido el apoyo pertinente.

## **Conductas del niño con TDAH dentro del hogar.**

Los niños con TDAH empiezan a dar muestras de hiperactividad, impulsividad y falta de atención desde los primeros años de vida. Se menciona que desde bebés *“son irritables y presentan patrones alterados del sueño [...] algunos de ellos se balancean o balancean la cabeza. Su actividad motora es excesiva: trepan a muebles, sillas y mesas; se avientan de la carriola, sillas, o de la cuna para salir a explorar. Despiertan muy temprano y en general sus padres los perciben como bebés muy demandantes de atención”* (Mendoza, 2003; 44)

Sabemos que no todos los niños que padecen el trastorno manifiestan las mismas conductas, algunos tienden a ser mas impulsivos, otros inatentos; sin embargo, diversos autores (Barkley, 1999. Uriarte, 1998, Polaino y Ávila. 2002, Orjales 2001) consideran que los niños con TDAH en general, se muestran más dependientes de los padres y muestran las siguientes conductas.

Presentan problemas para realizar gran parte de las actividades cotidianas, entre otras cosas, para bañarse, vestirse, lavarse los dientes, por sí solos. El principal problema es que se demoran de manera excesiva para realizar dichas tareas debido a que se distraen con facilidad y es común encontrarlos jugando con la ropa, los zapatos, el jabón o cualquier cosa que estén utilizando para su encomienda.

Es una tarea difícil para los padres hacer que estos niños colaboren en las actividades del hogar, debido a que los niños o jóvenes con TDAH se tardan demasiado en realizar los quehaceres de la casa y a menudo no terminan. A demás no realizan los quehaceres de manera correcta y es común que por descuido rompan o tiren cosas.

La hora de los alimentos también implica problemas, ya que el niño con TDAH juega con la comida, hace ruidos con los cubiertos, se para a jugar, molesta a sus hermanos, se mancha la ropa, ensucia la mesa, etc.

Para realizar las tareas escolares, este tipo de niños, necesitan que esté un adulto para que revise y corrija paso a paso, pues de lo contrario, no terminan o entregan la tarea manchada, sucia e incorrecta. También de manera sistemática no llevan a casa las tareas anotadas en los cuadernos y habrá que conseguirla con alguno de sus compañeros.

La falta de control de impulsos hace que estos niños parezcan egocéntricos y excesivamente exigentes. Por ejemplo, cuando asisten a algún sitio que al niño le parece aburrido, éste buscará por todos los medios que se alejen de ese lugar o si el padre ha prometido al niño hiperactivo algún paseo o premio, el niño no dejará de molestarlo hasta conseguir lo que desea.

Los berrinches y rabietas son recursos a los que comúnmente suelen recurrir este tipo de niños y a los que los padres ceden con facilidad; más aún, cuando se encuentran en lugares públicos, debido a la "vergüenza" que esa actitud provoca en ellos.

No está de más mencionar que no hay premeditación por parte del niño en las conductas antes mencionadas; es decir, el niño con TDAH no se comportan de esa forma a voluntad, por el contrario, el niño trata día a día de acercarse a las demandas de los padres.

El paso del tiempo y el crecimiento del niño no ofrecen solución a la problemática, por el contrario, muchas de estas conductas se agudizan durante la adolescencia; más aún, si el Trastorno se encuentra en comorbilidad con otros trastornos de la conducta.

Aunque más adelante se tratan a detalle las características y problemas específicos del adolescente con TDAH sin tratamiento, se mencionarán algunos conflictos comunes a los que se enfrentan los padres.

El adolescente con TDAH sigue presentando problemas en cuanto a sus hábitos y, principalmente, la organización de sus cosas personales. Persisten también los olvidos, los problemas para organizar su tiempo; posterga tareas, especialmente aquellas que demandan mayor concentración, continúan los incumplimientos de los deberes domésticos y todas las dificultades que le provoca su impulsividad. (*Joselevich 2003*)

Son impacientes y tienden a sentirse molestos con aquellas situaciones que le plantean satisfacer demandas de los padres. Continúan los problemas de ajuste a normas sociales (horarios para llegar a casa o estar con amigos, etc.) además de los problemas emocionales.

*“La relación entre padres e hijo se hace más estresante. El adolescente hiperactivo se vuelve discutidor, desafiante e intolerable por sus caprichos” (Polaino y Ávila.2002: 47)*

### **Reacciones de los padres para corregir al niño con TDAH.**

Ser padre de un niño o adolescente hiperactivo es una tarea muy difícil y desgastante, debido a que se requiere mucho tiempo, preparación, paciencia, energía, recursos económicos, entre otras cosas, para educarlo. Así lo manifestó *Barkley (1999:122)* *“El comportamiento excesivo, exigente, intrusivo y de gran intensidad de los niños con TDAH y su claro déficit en el autocontrol, requieren que los padres hagan un mayor esfuerzo para dirigir, ayudar, supervisar y tutorizar”*. Es mucho más difícil si los padres desconocen la enfermedad y el tratamiento de su hijo.

Cabe mencionar que así como cada niño es diferente y manifiesta problemáticas específicas, también las reacciones de los padres son diferentes, ya que éstas dependen de diversos factores, tales como el nivel educativo, económico, ocupación, disponibilidad de tiempo, etc. Sin embargo se intentará mencionar las reacciones más comunes.

En primera instancia, los padres advierten las diferencias en la conducta de su hijo con respecto a otros niños; sin embargo, descartan la posibilidad de algún problema serio. En general se considera que: el comportamiento inapropiado, disruptivo y exigente es consecuencia de la personalidad del niño, “Que es un niño de carácter fuerte, que es raro y problemático pero controlable y que conforme vaya creciendo la problemática se irá solucionando”. A medida que pasa el tiempo los padres observan que a pesar de haber empleado todos los procedimientos correctivos tradicionales (los que aprendieron en sus propias familias) no consiguen los resultados que esperan.

Una de las reacciones más comunes, sobre todo en los primeros años, es la sobreprotección (*Orjales, 2001*) o la supervisión exagerada; es decir el niño demanda ayuda, apoyo y atención excesiva y el adulto responde favorablemente a la solicitud del niño dando como resultado el sobre-control y sobre-vigilancia. Cuando el padre se da cuenta que a pesar de la estricta vigilancia, el niño sigue teniendo dificultades para

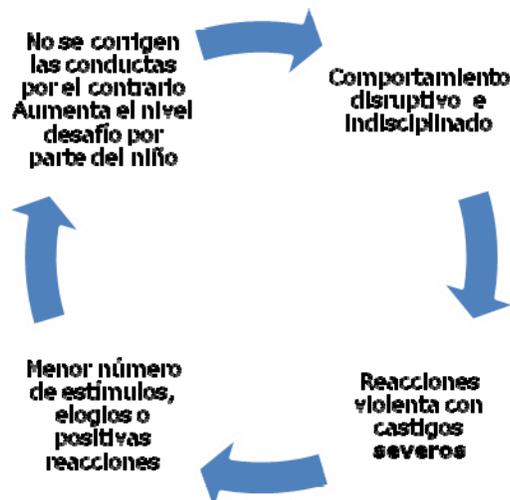
lograr la apropiación de ciertos hábitos, le es más fácil realizar ellos mismos ciertas obligaciones que corresponden al niño, tales como: vestirlo, ordenar sus juguetes y cosas personales o incluso hasta realizar la tarea escolar del niño. (Polaino y Ávila. 2002)

En muchas ocasiones, cuando la sobreprotección o sobre-vigilancia ha llegado al máximo, los padres empiezan a utilizar castigos como medida de corrección, con la lógica de a mayor desobediencia mayor castigo de tal forma que el niño llega a estar permanentemente castigado y así este recurso pierde sentido. I Bes menciona que:

*“Los castigos son contraproducentes, en cualquier ocasión. Su efecto es momentáneo, y, a pesar de que momentáneamente nos puedan parecer útiles, a la larga crean más problemas y tensiones que otra cosa”* (1994,38)

Los padres recurren con mucha frecuencia al maltrato físico; coscorriones, pellizcos, nalgadas o golpes con objetos considerándolos como el procedimiento más eficaz para corregir a su hijo, sobre todo si ellos, a su vez fueron objeto de violencia física durante la infancia. También suelen hacer uso de maltrato emocional como burlas o humillaciones con la esperanza de que con ello el niño modifique su conducta. (Uriarte, 1998)

Ninguno de los correctivos antes mencionado tiene como resultados mejoras permanentes en la conducta de los niños con TDAH. Por el contrario según Barkley (1999) se cae en un círculo vicioso como el siguiente:



Berkley (1999) menciona que los padres en general, en su afán por educar y controlar a su hijo con TDAH siguen la siguiente secuencia:

1. En un inicio consideran que las conductas disruptivas del niño son un mecanismo para llamar la atención, así que los padres intentan ignorar o no prestar atención ante la conducta del niño. Este recurso en general no da resultado debido a que la conducta del niño no es para llamar la atención y en muchas ocasiones ni siquiera es voluntaria.
2. Como el comportamiento inadecuado continúa y muchas veces se intensifica entonces los padres dan órdenes restrictivas y llaman constantemente la atención; en repetidas ocasiones solicitan al niño que deje de hacer lo que no es correcto. Por ejemplo: "No corras y realiza la tarea", "Estas jugando y aun no haces la tarea", "Ve y termina la tarea", "¿Qué no entiendes que dejes de jugar y hagas la tarea?"
3. Se llega a la etapa donde los padres empiezan a exasperarse debido a que el niño continúa con el comportamiento inadecuado, entonces recurren a las amenazas con algún castigo. Por ejemplo "si no haces la tarea no irás a patinar el sábado" o "Te voy a pegar si no terminas la tarea". A menudo este método suele fallar pues sabemos que los niños hiperactivos son más atraídos por las actividades estimulantes presentes que por gratificaciones a largo plazo.
4. Cuando las amenazas no son suficientes para lograr que el niño con el trastorno obedezca, entonces se recurre a la aplicación de los castigos, como violencia física o se priva a los niños de algunos privilegios, actividades agradables, artículos de su agrado, etc. Aunque en general se piensa lo contrario, los castigos o golpes no devuelven al padre el control sobre el comportamiento indisciplinado del niño con TDAH, debido a que los niños repiten conductas que le han causado malas experiencias ya que la impulsividad no les permite reflexionar sobre las consecuencias del acto.
5. Es, en este punto, donde la mayoría de padres o tutores desisten ante el niño o adolescente, abandonando totalmente la supervisión de sus actividades, de tal forma que el niño queda en la libertad de actuar como le plazca.

Este alejamiento por parte del padre se debe por un lado al sentimiento de culpabilidad provocado por el castigo severo aplicado al niño; y por otra, la frustración al ver que las medidas adoptadas para controlar el comportamiento del niño han sido totalmente ineficaces. Esto tiene como resultando, considerarse a si mismos "malos padres" e ineficaces de educar al niño.

El sentimiento de incompetencia aumenta cuando los padres son objeto de una presión social al recibir críticas por parte de otros padres o de la propia familia considerándoles responsables de las actitudes que observa el niño con TDAH.

### **Influencia del niño con TDAH para con los padres.**

Es un hecho que los padres influyen determinadamente en la formación de los hijos, ya que son la base fundamental sobre la que los niños construyen su propia escala de valores, y el concepto de disciplina y autoridad; sin embargo, generalmente se ignora la influencia que el niño con el trastorno ejerce sobre sus padres.

Según estudios realizados por *Barkley (1999)*, los niños con TDAH influyen directamente en los comportamientos observados por los padres y madres en los siguientes aspectos:

- Se ha sugerido que las conductas negativas y de sobrecontrol que adoptan las madres para con sus hijos es el resultado de las conductas propias del niño con TDAH. Se trató a niños con TDAH durante algunas semanas con medicamentos estimulantes (ritalin) y como resultado de ello, el comportamiento hacia sus madres mejoró notablemente, en consecuencia, la conducta de las madres cambio de manera positiva. "Esto indica que las conductas negativas de las madres parecen ser la respuesta al comportamiento difícil de sus hijos, y no la causa." (*Barkley, 1999; 92*).
- Se observó que las madres de niños hiperactivos hablaban más que las madres de niños que no tenían TDAH. Los investigadores descubrieron que esto era el resultado de la interacción con sus hijos que hablaban un 20 % más que los niños del grupo de control.

- Otro de los aspectos en el que los niños con el trastorno influyen sobre los padres, y más particularmente sobre las madres, es el estrés provocado por las conductas del niño que a su vez se ven reflejadas en la autoestima de las madres, afectándola de manera seria. Aunado a problemas de depresión, culpabilidad y aislamiento social.

Cabe aclarar que aquí se menciona a los padres en general, sin embargo estas reacciones o problemas se presentan en la persona que está a cargo del cuidado y la educación del niño, tal es el caso de las abuelas, tías, niñeras o los tutores en general.

### **Problemas de pareja**

Para poder hacer frente a los problemas que plantea un hijo hiperactivo, es necesario que tanto padre como madre unifiquen sus esfuerzos y establezcan normas y criterios comunes, con el fin de proporcionar al niño un ambiente estable, de tal forma que el niño supere la problemática que conlleva el trastorno, observe una conducta adecuada y no sea factor de desgaste en la relación entre los padres

En nuestro país, en general es la madre, quien se encarga de la organización de hogar y la educación de los hijos, aún cuando tenga un empleo fuera de casa. El padre por su parte colabora principalmente como proveedor y comparte menos tiempo con los hijos. Es por esta razón que en muchas ocasiones difiere la imagen que tienen del niño con TDAH el padre y la madre.

En ocasiones, el padre considera que su hijo no tiene problema alguno que la responsable de los conflictos es la madre ya que presenta incapacidad para educar al niño y en general es demasiado permisiva. Esta idea es originada por que los niños se muestran menos negativos ante las indicaciones que da el padre. *(Uriarte, 1998)*

Por otra parte es común que se den órdenes contradictorias, es decir cuando un integrante de la pareja es más permisivo. Por ejemplo si la madre ha impuesto un castigo al niño y el padre, restándole autoridad a la madre levanta el castigo. Lo anterior trae como consecuencia confusión en el niño, ya que como se mencionó con anterioridad necesita reglas claras. En la pareja estos desencuentros son causante de altos niveles de estrés.

Se ha considerado que los padres con niños hiperactivos tienden más al divorcio o la separación (Barkley, 1999). Sin embargo no es la hiperactividad del niño la que ocasiona la separación, sino los desacuerdos que ya mencionamos.

## **II.2 Relación con los hermanos**

Las relaciones que establece el niño con TDAH con sus hermanos son mucho más conflictivas que las que se establecen entre hermanos sin el trastorno. *"...los padres indican que [los niños con TDAH] son desobedientes y habitualmente comienzan discusiones y peleas con los hermanos."* (Moreno, 2001; 33)

Los hermanos de un niño con dicho trastorno no están exentos del estrés que éste genera en las personas que le rodean. Sabemos que existe una alta probabilidad que los hermanos también presenten síntomas del mismo trastorno. Polaino y Ávila (2002) consideran que las relaciones entre hermanos difieren si ambos tienen TDAH o sólo uno, si el hermano hiperactivo es mayor o menor.

### **Envidia por la atención de los padres**

Como se mencionó en un apartado anterior los padres tienden a dedicar mayor tiempo y energía al niño con TDAH. Esto ocasiona que las hermanas o hermanos del niño con TDAH se tornen enojados y celosos de tal forma que se genera una rivalidad entre ellos. Así los conflictos o peleas entre hermanos nacen de los celos y la rivalidad y estos a su vez "nacen de la necesidad que el niño siente de ser atendido". (Orjales, 2001:251)

### **Mayor carga de trabajo**

Mientras el resto de los hermanos no necesita supervisión para realizar las actividades del hogar, el niño con TDAH se excede en el tiempo y generalmente no las termina, de tal forma que los padres disminuyen los quehaceres correspondientes al niño con TDAH o definitivamente lo excluyen de la participación de los quehaceres del hogar asignando estas obligaciones a los hermanos. De tal forma que estos tendrán que realizar su trabajo y el que corresponde al hermano hiperactivo. (Uriarte, 1998)

## **Responsabilidad del hermano con TDAH**

Cuando los hermanos mayores no presentan síntomas del trastorno, los padres tienden a apoyarse en ellos para lograr el control y cuidado del niño con TDAH, si necesitan ausentarse del hogar es común que dejen al niño bajo la vigilancia del o los hermanos mayores. Como es de esperarse el hermano mayor se enfrenta a los mismos problemas que los padres para lograr la disciplina del hermano con TDAH, sin embargo su situación es más grave ya que no cuenta con la paciencia, experiencia y autoridad de un padre. *(Polaino y Ávila, 2002)*

Si van a la misma escuela, el hermano mayor del niño hiperactivo ha de estar cuidando que éste último no pierda sus pertenencias, que anote las tareas y tendrá que defenderlo si se mete en problemas con otros niños.

En cuanto a las relaciones entre hermanos, según Orjales *(2001; 250)*, son cuatro los supuestos erróneos sobre los que se infunde este tipo de relación:

1. Considerar que los hermanos, por el hecho de ser hermanos, tienen que manifestarse cariño siempre.
2. Considerar que es obligación para un niño compartirlo todo.
3. El que un niño aprecie o no a su hermano no es algo que pueda educarse, el algo inherente al carácter, no puede ser aprendido.
4. La convicción de que la mejor forma de que dos hermanos que se llevan mal aprendan a tolerarse es obligarles a compartir muchos momentos juntos.

## **II.3 Importancia del ambiente familiar en el desarrollo del individuo con TDAH.**

El ambiente familiar es determinante en el proceso de crecimiento del individuo. En este el niño aprende a socializar, adopta valores y modelos de conducta, a partir de las relaciones familiares construye la imagen de si mismo. Los expertos consideran que un ambiente familiar estresante y desestructurado puede acentuar la hiperactividad del niño.

El papel de los padres resulta imprescindible, de ellos es la responsabilidad de crear un ambiente familiar que favorezca la recuperación del niño hiperactivo. *Barkley (1999:93)* menciona que "La vida familiar caótica o disfuncional, a causa de los problemas psicológicos de los padres, puede contribuir de manera directa a que el niño tenga mayor riesgo de presentar conductas agresivas y antisociales."

La sintomatología que presenta el niño con TDAH puede evolucionar de manera favorable en la medida que los padres ofrezcan:

**Un ambiente estructurado:** Los niños con TDAH son más vulnerables a la influencia de su entorno, debido a la dificultad que tienen para controlarse e inhibirse, por ello necesitan una organización y una estructuración muy clara. Por ejemplo es favorable mantener constante el horario de comidas, baño, sueño, juego, etc. y una organización del espacio físico, es decir un lugar específico para sus cosas, por ejemplo su ropa, útiles escolares, artículos para su higiene personal, juguetes, etc. También necesitan un ambiente relajado, evitándole una estimulación excesiva (ruidos, luces, imágenes exageradas, etc.) de esta forma el niño tendrá la posibilidad de un comportamiento más tranquilo.

*"Una situación desestructurada o mal estructurada convierte poco a poco al niño hiperactivo en un niño histérico, por su fuerte tendencia a responder a los estímulos de su entorno" (Polaino y Ávila. 2002; 70)*

**Limites educativos:** Es necesario que se le pongan límites claros, reglas explícitas que el adolescente deberá seguir bajo cualquier circunstancia. Así como dar a conocer la consecuencia al incumplimiento de las normas. Los padres muy permisivos o que tienen un criterio educativo incoherente, donde un día castigan o reprenden al joven por un comportamiento y al siguiente día ese mismo comportamiento es tolerado o hasta festejado, sólo genera confusión e inseguridad.

**Favorecer la autonomía personal.** Se debe evitar la sobreprotección, motivando al adolescente para que se asuma como alguien capaz de dar solución a sus propios problemas. Debe animar al adolescente para realizar sus tareas escolares y quehaceres personales apoyando en principio y disminuyendo gradualmente la ayuda.

**Modelar conductas reflexivas.** En general los niños pequeños aprenden por imitación, empiezan a repetir comportamientos actitudes, valores, etc. de los adultos que les rodean y dado que los padres constituyen el modelo de imitación primario, deben modelar conductas reflexivas. Si el padre, madre o adulto a cargo del adolescente pierde el control, se exaspera, grita o se violenta ante una situación problemática. Es casi imposible que el adolescente adopte conductas reflexivas.

**Reforzar la autoestima.** Ayudar al niño a construir una auto-imagen equilibrada. *“Los niños se miran en los adultos como en un espejo” (Orjales, 2001:67)*, de este modo, comienzan a tener cierto conocimiento de quienes son, por ello es importante destacar los aspectos en los que va mejorando y ayudarle a aceptar sus errores. Que reconozca sus fortalezas y habilidades y acepte sus debilidades. Ayudando a autoevaluar su conducta correctamente para hacerse responsable de las consecuencias de sus actos. Es necesario que los padres se planteen expectativas razonables en función de las capacidades del adolescente.

Orjales (2001:163) considera que en el aspecto familiar un niño hiperactivo necesita:

- Una familia con unas normas claras y bien definidas.
- Que representen una exigencia adaptada a la medida de sus posibilidades.
- En un ambiente ordenado y organizado.
- Sereno, relajante y cálido.
- Una familia que reconozca el esfuerzo realizado por el niño.
- Que le anime y contenga sin una sobreprotección excesiva.
- Que le ayude a situarse y organizarse.
- Pero sin dejarse manipular por sus caprichos.
- Manteniendo los límites educativos de forma racional, estable e inamovible.
- Que le ayude a encarar los problemas y a encontrarles una solución sin encubrir innecesariamente sus faltas.

## II.4 El adolescente con TDAH

### La adolescencia

La adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la vida adulta, inicia con los cambios biológicos de la pubertad, permite que el individuo logre independencia y su propia identidad. En otras palabras, podemos considerar a la adolescencia como una etapa de transición donde se dan cambios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales que preparan al individuo para la vida adulta.

La pubertad entendida como el periodo en que se inicia la maduración orgánica, es decir, el desarrollo definitivo de los órganos sexuales primarios (ovarios y testículos) y secundarios, se da casi de manera similar en todos los jóvenes. La adolescencia como etapa de transición transcurre dentro de un contexto social y cultural que le imprime características específicas, así podemos afirmar que la adolescencia es una construcción social que varía en cada cultura y época.

Existen diversas formas de vivir la adolescencia, esta experiencia varía en función del género, la clase social, la cultura y la generación a la que se pertenece. La mayoría de adolescentes atraviesan esta etapa de la vida sin grandes crisis y problemas; sin embargo, otros enfrentan procesos personales muy complejos tal es el caso de los adolescentes con TDAH.

Uno de los mitos más comunes sobre el TDAH es que los síntomas del mismo desaparecen, por sí solos, con el paso del tiempo. Si bien es cierto que llegada la adolescencia algunos síntomas se han reducido en intensidad o se han modificado, en la mayoría de los casos los síntomas persisten. En los casos donde los niños con TDAH no reciben un tratamiento se agudizan los problemas propios de la adolescencia (rebeldía, malestar personal, inestabilidad emocional, confusión en general, etc.).

Uno de los síntomas que se modifica es la hiperactividad motora gruesa pero persiste con movimientos ociosos de una parte de su cuerpo (dedos, manos, pies.) Persisten también la impulsividad y la inatención y los problemas que ello conlleva.

Scandar (2003:75) afirmó que un 70-80% de los individuos diagnosticados con TDAH durante la infancia siguen exhibiendo síntomas de su trastorno en la adolescencia y la edad adulta.

Los expertos afirman que los adolescentes con TDAH tienen más problemas emocionales que el adolescente normal.

## **Características del adolescente con TDAH**

### **Cambios Físicos**

La adolescencia comienza con la pubertad, etapa que inicia alrededor de los once años aproximadamente y donde tienen lugar los cambios físicos. Los cuerpos de los niños cambian adquiriendo los caracteres sexuales secundarios y con ellos un sin fin de sensaciones y reacciones perturbadoras. Dichas sensaciones hacen que los adolescentes transfieran sus relaciones fuera de la familia, es decir se aleja de padres y hermanos para empezar a intimar con sus iguales.

La intensidad de los cambios físicos, específicamente en cuanto a la madurez sexual genera confusión, aflicción y pérdida de confianza debido a que en la mayoría de adolescentes con TDAH, el desarrollo físico no es paralelo a la madurez emocional y social. Se observan cuerpos de hombres y mujeres, por un lado y conductas infantiles e inmaduras por otro.

Scandar (2003:64) afirma que *“los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden verse acentuados al asociarse con las características neuroquímicas propias de los adolescentes con TDAH”*. También menciona que las adolescentes presentan trastornos premenstruales más severos, así como cambios abruptos de estado de ánimo e irritabilidad.

### **Autonomía**

Todo adolescente demanda mayor independencia y autonomía en cuanto a horarios, elección de amistades, costumbres e ideología. El constante rechazo a la ayuda y las

indicaciones de los padres tiene sentido en la medida que el adolescente pretende con ello ser independiente, pretende demostrar que puede hacer cosas por sí mismo, que puede lograr experiencias exitosas y positivas por sí sólo, que puede auto determinarse.

Las luchas de poder con los adultos, el cuestionamiento de valores, las formas inaceptables de peinarse, vestirse y elegir a sus amigos no es otra cosa, sino las formas de expresar el temor a la dependencia y la molestia que esto ocasiona.

El adolescente con TDAH desea tanto su independencia como cualquier otro, sin embargo puede no estar preparado para asumir las responsabilidades que ésta conlleva. ¿Podría el adolescente con TDAH lograr su independencia sin que se halla preparado para ella, es decir si durante toda su infancia se ha mostrado dependiente de quienes lo rodean? Según *Barkley (1999)* el adolescente hiperactivo no ha adquirido ciertas habilidades mentales que contribuyen al autocontrol y la organización, tales como la visión de futuro, la previsión, la planificación y la conducta dirigida a un fin.

Ante esta problemática los adolescentes con el trastorno pueden reaccionar de dos formas diferentes, pero ambas perjudiciales: pueden simplemente aceptar y aferrarse a la dependencia alejándose de sus compañeros y refugiándose en el hogar o en sí mismos. Otros luchan intensamente por desligarse de los padres discrepando, riñendo, evadiendo las normas, etc. *Scandar (2003:76)* lo expresa de la siguiente manera: *"Si este periodo plantea desafíos que no están en condiciones de afrontar entonces la frustración provocará mayores disconductas o genera depresión o ansiedad."*

### **Una identidad propia**

El adolescente debe adquirir durante esta etapa una identidad propia. Dar respuesta a las preguntas: ¿Quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Cómo quiero ser?, ¿Qué quiero ser? No es tarea fácil. Para constituir su identidad el adolescente seleccionará características de muchas personas con la que se identifique: maestros, vecinos, amigos, etc. Cuestionará los valores de los adultos, específicamente los inculcados dentro de la familia. Desecha aquellos en los que encuentra contradicción o los que no

corresponden a su realidad. Adopta otros valores aunque entre en contradicción con los padres.

Al separarse de los padres, el adolescente necesita identificarse con sus iguales, siente una gran necesidad de no ser diferente a los otros chicos. Sin embargo el adolescente con TDAH está conciente de su problema *“Él se va dando cuenta, poco a poco, de que no es como quiere ser, que no puede controlar tan bien como los otros niños lo que tiene que hacer...”* (Barkley, 1999:19) por lo que esta sensación de diferencia le desconcierta e incluso hace que se decepcione de sí mismo.

La identidad del adolescente tendrá como base el concepto que tiene de sí mismo, el que ha ido construyendo a través de su historia.

Múltiples autores (Moreno, 2001; Barkley, 1999; Polaino y Ávila, 2002; Orjales, 2001; Joselevich, 2003) afirman que en este aspecto el adolescente con TDAH enfrenta problemas graves, debido a que al llegar a esta etapa, ha acumulado diversas experiencias de fracaso y situaciones frustrantes.

*“Una situación se convierte en frustrante cuando el niño siente que no puede responder correctamente a las demandas de la misma. La sucesión de conductas frustrantes en combinación con las pocas experiencias de éxito, producen en el joven un sentimiento de indefensión que contribuye en forma clara, a hacerle cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia.”* (Orjales, 2001:66)

Por otra parte los frecuentes conflictos con el medio social, la descalificación de adultos y compañeros les conducen a un pésimo concepto de sí mismo. En general los adolescentes con TDAH se hacen tantos reproches como lo hacen los demás, es decir adoptan la imagen negativa que los demás tienen de ellos. *“Entre los pensamientos negativos más arraigados en estos niños destacan los de ser malos, no tener amigos y ser torpes para el estudio.”* (Polaino y Ávila, 2002; 17)

Con todos estos conflictos ¿Cómo puede el adolescente con TDAH tener una identidad satisfactoria, con sentimientos saludables y positivos referentes a sí mismo?

## **Concepto de sí mismo y Autoestima**

El auto concepto es la imagen que tiene uno de sí mismo, se forma a partir de la información que recibe de las personas que le rodean y contrastando esta imagen con la realidad. Cuando dicha imagen es agradable al individuo y se siente satisfecho, se considera que tiene una autoestima positiva y por el contrario si no le gusta tiene una autoestima baja o negativa. (Orjales, 2001)

En este sentido, la acumulación de fracasos, las escasas experiencias de éxito, las reacciones y rechazo de los adultos y compañeros contribuyen a que el adolescente con TDAH se autoevalúe negativamente y vayan formándose un pobre concepto de sí mismo y en consecuencia una baja autoestima.

Así lo expresa Joselevich (2003; 203)

*“La autoestima suele estar desgastada y lastimada como resultado de los repetidos fracasos o sobreesfuerzos, de los conflictos con sus compañeros y profesores, de pobres logros y desempeños (que sienten por debajo de su potencial), de las molestias que muchas veces sienten que están ocasionando a las personas de su entorno.”*

Para que el adolescente con TDAH logre una autoestima adecuada se requiere por un lado, un sentimiento de identidad propia, satisfacción personal, sentimiento de ser valioso; sentirse diestro, hábil, capaz y con ello ir adquiriendo seguridad, y por otro, la formulación de objetivos claros y alcanzables.

## **Inmadurez emocional**

Las relaciones amorosas es una de las áreas más importantes para la mayoría de los adolescentes, sin embargo aquellos con TDAH pueden tener problemas para el reconocimiento y control de sus emociones lo que les dificulta establecer relaciones de noviazgo o de amigos íntimos.

Los adolescentes con TDAH son muy sensibles y en general reaccionan de manera emotiva. Su respuesta es inmediata y en función únicamente de sus sentimientos sin evaluar los acontecimientos de manera objetiva y racional. En otras palabras no se dan

tiempo para separar los hechos reales de los sentimientos o emociones que estos les provocan. Tienen problemas para enfrentarse a situaciones que requieren templanza y calma, por lo que son rechazados por los demás o ellos mismos se alejan para no exponerse al rechazo. (*Barkley, 1999*)

La inmadurez emocional conlleva problemas para entablar una comunicación adecuada, debido a que contestan sin pensar y guiados por sus sentimientos, pueden herir a sus interlocutores, lo que contribuye a generar malentendidos o construir prejuicios que perjudican al adolescente con TDAH. (*Joselevich, 2003*)

*Barkley*, menciona que los niños con TDAH “*Son habladores y hablan muy alto, a menudo monopolizando las conversaciones*” (1999:50)

### **Características Positivas**

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo este tipo de adolescentes tienen, debido a la hiperactividad, falta de atención e impulsividad, conflictos en casi todos los aspectos de su vida, sin embargo con un tratamiento integral e individualizado y enfocando de manera diferente dichas características se podría sacar algunas ventajas de ellas.

Benavides (2004) y Joselevich (2003) aseveran que los niños o adolescentes con TDAH presentan características positivas tales como:

- Parecen no estar limitados por el miedo al futuro.
- La intensidad con la que viven el momento.
- Una focalización intensa en lo que les interesa. Pueden ignorar completamente lo que sucede a su alrededor durante ese proceso y no parar hasta que se sienten satisfechos de que hicieron lo mejor.
- Su capacidad de improvisación y espontaneidad que se puede observar en los mecanismos que utilizan para evadir sus responsabilidades.
- Su naturaleza despreocupada.
- La creatividad y sensibilidad.
- Su inocencia, su frescura.

## Hacia un futuro adverso.

Numerosos autores han advertido que la falta de un tratamiento oportuno a niños con TDAH es un factor de riesgo importante para que en la adolescencia y la vida adulta se desarrollen otros problemas tales como trastorno por abuso de drogas, conductas antisociales o delincuentes, abuso de experiencias sexuales, entre otras. Así lo manifestó Moreno (2001:21) *"Parece que existen cierta relación entre hiperactividad en los primeros años, problemas sociales en la adolescencia alcoholismo y trastornos psicológicos en la vida adulta."*

Según estudios realizados por *Barkley* (1999) los adolescentes y adultos con TDAH tienen hasta el doble de probabilidades de caer en abuso de alcohol o sustancias tóxicas. Esto se debe, por una parte, a que por la falta de control de impulsos, el adolescente no anticipa el daño o las consecuencias de sus actos. Y por otra a que la mayoría de las drogas tienen, en el joven hiperactivo, un efecto sedante. En otras palabras, al ingerir una droga los niveles de los neurotransmisores cerebrales se alteran y el adolescente experimenta una sensación de tranquilidad y seguridad. (*Polaino y Ávila, 2002*)

El desarrollo sexual es perturbador para cualquier adolescente ya que carecen de la madurez suficiente para integrarlo en su vida cotidiana. Para el adolescente hiperactivo esta confusión y la impulsividad constituyen un factor de riesgo para que sostenga relaciones sexuales sin protegerse física ni afectivamente. (*Joselevich, 2003*). Muchas veces las adolescentes con TDAH buscan la aceptación de sus pares a través de prácticas sexuales. Polaino y Ávila aseveran que *"El número de adolescentes hiperactivas embarazadas es superior al de las adolescentes no hiperactivas."* (2002; 43)

El TDAH con predominio de impulsividad o de tipo combinado<sup>1</sup> tiene hasta un 35% de presentar comorbilidad con trastornos de la conducta (TC) y trastorno oposicionista desafiante (TOD). Cuando en un adolescente se encuentran TDAH y TC o TOD simultáneamente tiene un alto grado de probabilidad de tener conductas antisociales y delictivas y en consecuencia problemas legales. (*Scandar, 2003*)

---

<sup>1</sup> Véase subtipos del trastorno, Cap. I

En un estudio realizado por Satterfield y Schell (citados por, Scandar, 2003) donde se estudiaron a 89 personas con antecedentes de TDAH y 87 personas "normales" como grupo de control se encontraron los siguientes resultados:

Con un grupo de adolescentes de entre 13 y 21 años el porcentaje de arrestos fue 45% de jóvenes con TDAH en contraposición a 11% sin el trastorno.

En un grupo de adultos de entre 18 y 23 años los arrestos fueron 21% con TDAH en contraposición a 1% sin TDAH.

Orjales (2001) consideró que los adolescentes con TDAH que tienen acumulación de fracasos personales, expulsión de diferentes instituciones escolares aunado a un ambiente social inconveniente con frecuencia se incorporan a grupos marginales o extremistas, adoptan conductas delincuentes y entran en el mundo de las drogas.

Lo anterior no significa que quien padece el TDAH este determinado a la delincuencia y abuso de drogas, por el contrario se considera que existen múltiples formas para prevenir las conductas antisociales.

A lo largo del capítulo se puede observar que sí el niño con déficit de atención no es apoyado desde la infancia la problemática se van agudizando hasta llegar a la adolescencia con graves problemas escolares, emocionales y sociales. La familia, los padres en particular son los principales responsables de ofrecer un ambiente, modelos de conducta, buscar ayuda de profesionales para favorecer el desarrollo del niño.

## Capítulo III

### EL ALUMNO CON TDAH Y LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

#### III.1 Problemas escolares que enfrenta un alumno con Tdah.

El ámbito escolar es el espacio que presenta mayores dificultades a quienes padecen el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Son tantos los conflictos que la mayoría de niños o adolescentes canalizados para diagnóstico es debido a problemas escolares.

La falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad que caracterizan a los niños con TDAH chocan con el sistema escolar que demanda habilidades pedagógicas, sociales y emocionales, tales como: control de impulsos, mantener la atención por largos periodos de tiempo, tolerancia a la espera, destreza motora, habilidad para identificar estímulos visuales, entre otras. Por otra parte el compartir el aula escolar con otros niños implica menos control de la conducta y más facilidad para distraerse.

Algunos especialistas (Orjales, 2001. Joselevich, 2003. Argemí, 1994) afirman que el rendimiento escolar de estos alumnos es bajo si se compara con el que deberían tener con respecto a su capacidad intelectual, sin embargo, en los primeros cursos de primaria suele pasar desapercibido. Así muchos de alumnos con TDAH suelen concluir la educación primaria con problemas pero con un desempeño académico suficiente para ingresar al siguiente nivel, empero al llegar a la escuela secundaria el nivel de exigencia es mayor, los cambios escolares y la adolescencia provocan que la sintomatología del TDAH se acentúe. Así lo manifestó De la Peña (2003; 4)

*“Al ingresar a la escuela secundaria el nivel de competencia aumenta y el deterioro se hace presente”.*

Barkley afirma, al respecto lo siguiente:

*“Los cambios que se producen al llegar al instituto (más profesores implicados en la educación, clases de menor duración, el creciente énfasis en la responsabilidad del alumno, y los cambios frecuentes en el horario de un día para otro) tienen muchas posibilidades de propiciar un descenso brusco en el rendimiento académico de muchos chicos con TDAH. A este hecho se suma que durante esta etapa educativa la disponibilidad de profesores para atender individualizadamente a los alumnos es baja o incluso nula. Nadie presta atención al adolescente hasta que su conducta se vuelve muy grave o un fracaso escolar importante. La respuesta de la escuela es más punitiva que constructiva.” (1999, 260)*

Los niveles de rendimiento por debajo de su capacidad intelectual conllevan a la pérdida de autoestima, conducta negativa y desafiante, incremento de mentiras y sentimientos de ansiedad y angustia al punto de provocar deserción escolar. (Joselevich, 2003)

Por el alto índice de deserción escolar que presentan los adolescentes con el trastorno a menudo se considera que:

*“El adolescente con TDAH detesta a la escuela, pues es el lugar donde debe mostrar sus habilidades intelectuales y constantemente se le pone a prueba.” (Mendoza, 2003:50)* Sin embargo, este tipo de alumnos no detesta a la escuela, por el contrario se sobre-esfuerzan constantemente para cumplir con las demandas del sistema escolar.

Benavides aclara que: *“Estos pequeños rechazan el sistema escolar, no el hecho de aprender. Sus mentes son inquisitivas y curiosas, pero la mayoría de las actividades que se desarrollan dentro de nuestros salones de clase son aburridas, lentas, repetitivas y de poca relación con la vida real” (2004; 63)*

Por otra parte la escuela sí rechaza o excluye, aun que no de manera explícita, a los alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, en general, tanto maestros como demás personal, responsabiliza únicamente al adolescente ante la problemática suscitada en el ámbito educativo.

*“Se produce un error si el docente y/o los padres consideran que el niño no se esfuerza lo suficiente porque no quiere. Sin preguntarse*

*seriamente que es lo que le pasa al niño le están responsabilizando de sus malos rendimientos y le hacen sentir culpable. Se le somete a mayor presión. Se le castiga si no trabaja. Se le compara con otros niños. Se le razona que si no trabaja es porque no se esfuerza. En otras palabras, no se detecta la dificultad real del niño y se pone en marcha una mala solución: presionar al niño.” (I Bes, 1994:40)*

Los problemas escolares del adolescente con TDAH se pueden clasificar en dos rubros que se relacionan entre sí: problemas de integración social y académicos.

### **Problemas sociales (socialización)**

La escuela secundaria puede ser un espacio agradable, cordial y de crecimiento para el adolescente o por el contrario un lugar hostil y represivo. Esto depende en gran medida de las relaciones e interrelaciones que se generan a partir del proceso de enseñanza y aprendizaje. Las cuales surgen a partir del vínculo: maestro-alumno, maestro-grupo y alumnos-alumnos.

### **Relación con sus compañeros**

Los problemas de interacción social aparecen desde los primeros años de escolaridad. Los niños hiperactivos generalmente parecen poco sociables e independientes, sin embargo la realidad es que a sus compañeros les es muy difícil relacionarse con ellos por tal motivo los aíslan y rechazan.

Diversos autores (*Moreno, 2001. Barkley, 1999. Joselevich, 2003. Polaino-Lorente y Ávila, 2002. Orjales, 2001*) coinciden en que el niño hiperactivo es rechazado debido a su comportamiento autoritario e impositivo, se muestran mandones, descontrolados e intensos. Son niños que buscan ser el centro de la atención, recurren al chantaje, agreden para defenderse, se muestran poco razonables y poco cooperativos en los trabajos de equipo y deterioran con ello su imagen ante el grupo.

Al niño hiperactivo le cuesta mucho trabajo participar en juegos cooperativos ya que no se atiene a las reglas. En la convivencia durante los descansos, él pretende organizar y decidir en cuanto a que se ha de jugar, las reglas del juego y las cambia

según su conveniencia, si no se encuentra interesado decide terminar el juego sin tomar en cuenta a sus compañeros y no acepta perder.

En cuanto los juegos de contacto este tipo de niños son más toscos y violentos que el resto de sus compañeros, así que estos últimos prefieren excluirlos. Según (Barkley 1999,204) *“La sobre actividad y la impulsividad causa a menudo aversión en los otros niños, especialmente cuando intentan trabajar o jugar juntos.”*

Los niños hiperactivos quedan al margen de fiestas de cumpleaños o paseos colectivos debido a que a menudo los padres de los niños que no tiene el trastorno ven como una amenaza para sus hijos la compañía de estos niños. Muchas veces prohíben que se establezca una relación entre ellos por el temor de que sus hijos puedan sufrir daños físicos o en su defecto se “contagien” las conductas disruptivas. (Joselevich, 2003. Polaino y Ávila 2002)

Cuando llegan a la secundaria los adolescentes siguen teniendo problemas para relacionarse con sus compañeros, sin embargo por la etapa en la que están no todos son rechazados. Según Orjales (2001, 302) la relación que establece el adolescente con TDAH con sus iguales se diferencia dependiendo de su personalidad, es decir, de sus características individuales.

Como ya se mencionó los adolescentes son rechazados por sus malas estrategias para relacionarse. Sin embargo otros son aceptados, se consideran “amigos” de todos pero de ninguno en especial, son aquellos chicos a quien nadie delata cuando hace alguna travesura, pueden integrarse a varios grupos pero difícilmente permanecer en alguno de ellos, en estos casos los chicos no son rechazados, se les tolera pero no son comprendidos.

A diferencia de la infancia, durante la adolescencia es muy fácil que el adolescente consiga nuevas amistades, pues su hiperactividad e impulsividad le permiten realizar acciones “temerarias” que sus pares no se atreven a hacer, con ello consiguen el lugar de líder. Empero lo realmente difícil para ellos es mantener estas nuevas amistades.

¿Qué es lo que hace que el adolescente hiperactivo no conserve a sus amigos?

Los expertos coinciden en que es la falta de habilidades sociales lo que hace que se alejen de él. Sin embargo Moyano asegura que sus amigos se apartan debido a que el adolescente con el trastorno *"... les exige demasiado y, a decir verdad, muy pocos pueden seguirles el ritmo"* (2004, 19)

Por otra parte la labilidad emocional que acompaña a estos adolescentes hace que reaccionen de manera explosiva y que parezcan insensibles a las necesidades de los demás. Muchas veces son crueles en sus comentarios, hablan de manera franca pero brusca y sus compañeros se sienten agredidos. Recordemos que estos jóvenes tienen dificultades para verbalizar. *"Son chicos que pueden decir poco de lo que les pasa, son chicos que actúan, cuyo lenguaje es el lenguaje de actos; la palabra es usada como impulso, como descarga, con la sensación de un impulso que no puede ser "pensado"."* (Boschin, 2004; 69). A pesar de ello son hipersensibles y ante las críticas o comentarios hostiles de sus compañeros se ofenden, se frustran o se ponen violentos.

No es habitual que el adolescente con TDAH busque relacionarse con chicos de la misma edad. Se siente más cómodo con los más jóvenes porque puede someterlos o dominarlos y entre ellos puede ser líder. También con compañeros más grandes obtiene ganancias porque estos se muestran condescendientes y protectores. Lo que le es realmente difícil es entablar amistad con iguales, dado que una relación de igual a igual exige habilidades sociales. (Orjales, 2001)

Cabe mencionar que el adolescente hiperactivo **NO** desconoce la forma correcta de comportarse para relacionarse exitosamente con sus compañeros. Según estudios realizados por Miranda, Presentación y López (1994) Citados por Orjales (2001), en cuanto a las estrategias de interacción social se encontró que:

- Los niños hiperactivos tienen el mismo conocimiento de estrategias prosociales (ayudar a los niños mas pequeños) que los niños normales.
- Pero tienen menos estrategias y de menor calidad para iniciar una amistad o para solucionar conflictos.

- Y utilizan estrategias menos adecuadas para conseguir algo de otras personas (que me dejen jugar, que me devuelvan mi bocadillo, que me den un caramelo, etc.)

### **Relación con profesores**

No es difícil imaginar cual es la reacción de un profesor cuando uno de sus alumnos parece estar empeñado en sabotear su trabajo. Para entender la relación que se establece entre un profesor y un alumno hiperactivo es necesario explicar cuál es el comportamiento de este último, dentro del aula:

- No sólo se distrae a sí mismo, sino continuamente molesta a sus compañeros interrumpiendo su trabajo.
- Interrumpe también las explicaciones o instrucciones del docente, pues habla demasiado, participa constantemente sin esperar su turno y con comentarios fuera de lugar, emite sonidos desagradables, parece que no puede guardar silencio, cuenta cosas sin pensar si es pertinente o no el momento (Joselevich,2003;28)
- No puede permanece sentado es su mesa-banco, deambula por todo el salón, pidiendo cosas prestadas. (*Polaino y Ávila 2002: 31*)
- Aparentemente no tiene la menor intención de realizar las actividades que se le encomiendan. Hace lo contrario a lo que se le indica o simplemente no hace nada, esto lo hace ver como desobediente que no se atiene a las reglas de la clase.

Durante la etapa preescolar y los primeros años de primaria el alumnos con TDAH son más tolerados por sus profesores, sin embargo a medida que crecen y avanzan en el sistema escolar las demandas son mayores. No es lo mismo ver a un infante de seis o siete años deambulando por el aula de clases, pidiendo material porque el propio se le perdió o interrumpiendo para decir a gritos algo incoherente, que un adolescente de trece o catorce años con el mismo comportamiento. El adolescente ya no es tan "simpático" como cuando niño, sus insolencias no parecen

agradables. Su cuerpo ha cambiado, ha aumentado en talla y peso por lo tanto su aspecto físico no concuerda con su conducta.

Cuando se encuentra en un grupo un alumno con algún problema físico, por ejemplo; debilidad visual, auditiva o problemas de lenguaje, el sistema escolar en general y el profesor en particular ven la necesidad de adaptar los contenidos temáticos, los métodos pedagógicos, las actividades y hasta modificar algunas reglas para que este alumno tenga las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo. Sin embargo el adolescente que padece TDAH no muestra ningún signo externo que indique que su comportamiento es debido a un problema del sistema nervioso central, es decir, este adolescente parece común, como los demás y por lo tanto se espera que su comportamiento sea igual al de todos los alumnos.

En la mayoría de los casos los profesores desconocen el origen de dichas actitudes, no se explican el motivo de la indisciplina, así que uno de los errores más comunes es considerar que el alumno actúa deliberadamente, que la falta de trabajo se debe a la poca voluntad del alumno y que cuando este lo decida podrá poner fin a toda la problemática. Según *Polaino y Ávila 2002 y Joselevich, 2003; 28*) los alumnos de este tipo son calificados como desobedientes y mal educados, descuidados, flojos y hasta tontos.

El profesor en la escuela secundaria, sí recurre al regaño, a los descalificativos y al castigo (dejarlo sin recreo), sin embargo, tras algunas llamadas de atención, no se empeña en corregir la conducta del alumno para integrarlo al trabajo de la clase, ya que insistir en correctivos inapropiados pueden dar como resultado un enfrentamiento entre maestro - alumno, así que opta por retirarlo de la clase para que este no sea un "obstáculo".

La indisciplina del alumno repercute directamente en su desempeño académico ya que en ocasiones la conducta es considerada para asignar calificación. Así lo manifestó Joselevich:

*"Algunos maestros confunden las áreas y bajan las calificaciones por mala conducta, en lugar de distinguir entre problemas específicos de comportamiento y problemas de rendimiento académico, o usan calificativos que en vez de aclarar oscurecen la comprensión de lo que*

*sucede, por ejemplo, "vago" "desobediente" u otros términos negativos."*  
(2003; 99)

Cabe mencionar que la escuela secundaria cuenta con un servicio de orientación y entre una de sus funciones es ofrecer atención individualizada a aquellos alumno que lo necesiten, es por esta razón que el profesor, de manera errónea, ha considerado que el apoyo, la comprensión, la atención especial al alumno y una relación adecuada no es de su incumbencia.

Por otra parte es necesario considerar que las condiciones laborales de los maestros de secundaria no favorecen relaciones estrechas entre alumnos y maestros. Según Sandoval:

*"... la organización del trabajo escolar, que contempla clases de cincuenta minutos, implica para los docentes la realización de múltiples actividades en ese tiempo: pasar lista, calificar tareas, controlar la disciplina, dar el tema, poner ejercicios y calificar de manera permanente todas las actividades de los alumnos «para evitar que se desordenen», repitiendo esto en cada uno de los grupos que le corresponda. Muchos alumnos, grupos y actividades es la tónica del trabajo docente de este nivel; en tales condiciones, los maestros no pueden conocer a todos los alumnos a los que atienden, y, a lo sumo, identifican a los extremos de cada grupo (los buenos y los malos)."* (Sandoval, 2001; 14)

### **Fracaso escolar**

El bajo rendimiento académico es el problema que más preocupa tanto a padres como a maestros, esta es la razón por la que con mayor frecuencia, los adolescentes con TDAH son canalizados para recibir atención especial.

La mayoría de especialistas coinciden en que la falta de atención, la escasa capacidad de reflexión y la hiperactividad no favorecen el aprendizaje del alumno, por el contrario son un obstáculo ya que para realizar cualquier actividad escolar se requiere un mínimo de concentración para atender indicaciones y explicaciones. El resultado es: Un bajo rendimiento escolar; por debajo del potencial intelectual del alumno. Fracaso escolar; cuando el alumno tiene que repetir el curso, por no haber

alcanzado los objetivos educativos. Deserción escolar; cuando definitivamente abandona la institución educativa.

En cuanto a los porcentajes de bajo rendimiento escolar y deserción varían dependiendo de cada autor. Observemos los siguientes datos:

- ❖ Orjales (2001: 57) El 60 y 80% de los niños con hiperactividad infantil tienen problemas académicos importantes, incluidos el fracaso escolar y un alto porcentaje de abandono de los estudios.
- ❖ Polaino y Ávila (2002: 33) El 40 o 50% de estos niños tienen un bajo rendimiento escolar.
- ❖ Joselevich (2003: 28) menciona que es habitual el bajo rendimiento escolar a pesar de la mayoría de ellos tienen un buen potencial intelectual y que más del 50% de estos niños han repetido alguna vez de grado.
- ❖ Scandar (2003: 72) "Algunos resultados estadísticos que surgen de la bibliografía son los siguientes: 56% requieren de sistema de tutores o ayuda especial, el 39% repiten por lo menos un grado en la escuela, 30 -40% recurren a algún programa de educación especial de educación y el 10 - 35% abandonan o no completan la escuela secundaria".
- ❖ Barkley (1999: 104) "Más de un 58% ha repetido algún curso escolar. El triple de adolescentes con TDAH, comparado con los que no presentan este trastorno, han suspendido, repetido algún curso o han sido expulsados de la escuela. Casi un 35% de estos chicos abandonan la escuela antes de obtener el certificado de escolaridad."

Como podemos ver el fracaso escolar en los niños hiperactivos es una realidad, sin embargo ante dicha situación cabe el cuestionamiento ¿Es el TDAH el origen del fracaso escolar del alumno que lo padece?, es decir el niño o adolescente con dicho trastorno está determinado para el fracaso escolar o tal vez el sistema escolar no ha sabido como incorporar a este tipo de niños.

Para dar respuesta a la pregunta anterior, es necesario puntualizar que se entiende por fracaso escolar.

*“Se habla de fracaso escolar (FE) cuando un niño no alcanza los objetivos educativos que se esperan de él.” (Argemí, 1994; 13)*

En este sentido el FE es relativo, dado que tiene que ver directamente con el nivel de exigencia, es decir con la pretensión de que a toda costa el alumno logre la adquisición de los conocimientos marcados a priori, dejando de lado las características personales del alumno. Así lo manifestó Molina (1997; 174):

*“El éxito o el fracaso escolar están basados en unas normas de excelencia impuestas desde la cultura dominante en una determinada sociedad sobre las que los alumnos poco tienen que decir. Así, por ejemplo, al sistema de valores predominante en las sociedades modernas le interesa que los alumnos deseen aprender: 1) lo que la escuela quiera enseñarles; 2) a la edad y durante el periodo en el que se juzga necesario ese aprendizaje; 3) al precio del trabajo escolar que se considera necesario para garantizar determinado nivel de excelencia; 4) según las modalidades impuestas por los medios de enseñanza, las metodologías, la cantidad de alumnos por clase y las reglas de la organización escolar.”*

El FE es de origen multifactorial, las causas además de ser múltiples, casi todas están relacionadas y se influyen mutuamente. Sin embargo para fines de análisis señalamos tres agentes principales, a pesar de que es difícil separar el papel que juega cada uno por la relación tan estrecha entre ellos, dichos agentes son: La familia, el niño, y la escuela. (Argemí, 1994)

#### **a) La familia**

La influencia de la familia se abordó ampliamente en el capítulo anterior, por lo tanto sólo cabe mencionar que el contexto familiar es un factor determinante en el futuro del niño, las actitudes de los padres hacia el niño pueden influir en el FE. En el siguiente cuadro se observa cuáles son las consecuencias en el hijo de las actitudes de los padres.

<b>ACTITUDES EN LA DINÁMICA FAMILIAR</b>		
<b>MODELO</b>	<b>ACTITUD DE LOS PADRES</b>	<b>CONSECUENCIAS EN EL HIJO</b>
AMOR	Aceptación Tolerancia Seguridad Amabilidad	Estimulación Autoestima Autoconfianza Adaptación
SENSIBILIDAD	Captar necesidades y satisfacerlas	Afirmación Tranquilidad Ansiedad
CONFIANZA	Control interno	Responsabilidad Libertad
RECHAZO	Indiferencia Abandono Ridiculización	Necesidad de afecto Hostilidad Rebeldía Desajuste Retraso psicosocial
SUPERPROTECCIÓN	Ansiedad paterna Falta de confianza	Falta de iniciativa Dependencia Timidez Inhibición
SOBRE INDULGENCIA	Sentimiento de culpabilidad y abandono (Divorcio)	Dependencia Egoísmo Intolerancia Tiranía
AUTORITARISMO	Limitación de libertad	Excesiva dependencia Agresividad Inhibición Falta de responsabilidad
AMBIVALENCIA	Variabilidad	Ansiedad Inseguridad Falta de normas
MONOPOLIO	Exclusividad	Desadaptación social

Joseph Argemí 1994.

## **b) El niño**

Cabe mencionar que cuando un adolescente padece el TDAH no significa que sea poco inteligente, en otras palabras el TDAH no se relaciona con un coeficiente intelectual (CI) por debajo del promedio.

Polaino y Ávila (2002.) Aseveran que el nivel de inteligencia de un niño hiperactivo puede ser alto, medio o bajo, igual al de cualquier otro niño y que las bajas calificaciones del niño hiperactivo son consecuencia en mayor grado del déficit de atención y incesante inquietud motora.

Por otra parte hay quienes afirman que este tipo de niños son demasiado inteligentes, ingeniosos y creativos y con frecuencia presentan un Coeficiente Intelectual superior al promedio. (Benavides, 2004, Mendoza, 2003). Ahora bien, si el fracaso escolar del adolescente con TDAH no tiene que ver con un bajo coeficiente intelectual entonces cuál es la causa del alto índice de fracaso escolar de estos jóvenes.

Analicemos hasta donde la hiperactividad, falta de atención e impulsividad contribuyen al fracaso escolar.

La incapacidad de mantener y focalizar la atención tiene como resultado que el alumno no atienda las explicaciones del profesor, que no escuche las instrucciones para realizar alguna actividad.

Uno de los principales problemas es el incumplimiento de trabajo, en general lo dejan inconcluso debido a que se aburren fácilmente y desvían su atención hacia actividades más estimulantes.

Tienen tendencia a desarrollar actividades que les demanden un esfuerzo mínimo, de tal forma que cuando una tarea les supone un poco mas de esfuerzo la abandona inmediatamente. Cuando las tareas a realizar son aburridas o desagradables emplean el menor tiempo posible y hacen un esfuerzo mínimo. Si algún trabajo o actividad no les sale bien en el primer intento, no se empeñan en repetirlo hasta obtener éxito en ello. Recordemos que este tipo de alumnos tienen baja tolerancia al fracaso. (Moreno, 2001; 46)

Los escasos hábitos de estudio indudablemente repercuten en el desempeño escolar. En los adolescentes con TDAH el desorden y la desorganización aumentan con respecto a la infancia. Con frecuencia se le olvidan o extravían cuadernos, por lo que toma nota de todas las asignaturas sin hacer distinción en un solo cuaderno. No tienen horarios ni espacios fijos de estudio.

Esto se debe por una parte al incremento de materias y profesores, lo que implica adaptarse por lo menos a diez personalidades y estilos de enseñanza diferentes y un sin fin de materiales para cada una de las asignaturas, por otro, los padres ya no se ocupan tanto de organizar los materiales del alumno o asistirles con tareas.

En situaciones de evaluación, la falta de control de impulsos le ocasiona muchos conflictos, por ejemplo durante los exámenes sean orales o escritos suelen dar respuestas prematuras, sin reflexionar, lo que genera un alto número de errores, aun que el alumno tenga los conocimientos que se pretenden evaluar. (Moreno, 2001; 33)

Joselevich (2003,202) considera que los estudiantes con TDAH están más expuestos que sus compañeros al fracaso y deserción escolar, esta situación se relaciona con ciertas características habituales de este tipo de estudiantes.

- ❖ El frecuente bajo desempeño, con resultados por debajo del potencial del alumno o una demanda de esfuerzo excesivamente alta.
- ❖ El bajo concepto que tienen sobre sí mismos; la percepción de que las habilidades propias y los logros son insuficientes llevan al desaliento y al abandono.
- ❖ La dificultad para sostener una tarea.
- ❖ Los problemas para ser aceptados por sus pares, es decir las diversas dificultades en las relaciones personales tanto con sus pares como con los adultos.
- ❖ Las limitaciones para trazar un camino propio o influir en su destino.
- ❖ La sensación de aburrirse fácilmente.
- ❖ La repetida procrastinación, es decir, el aplazamiento de la tarea a realizar, o "dejar todo para último momento".

La deserción escolar de estos alumnos se relaciona con estas características, sin embargo en la mayoría de casos se toma esta decisión bajo situaciones extremas

que les generan angustia y ansiedad. Así abandonan la institución de manera impulsiva, sin una reflexión previa, sin pensar en las consecuencias de sus actos.

Hasta aquí se ha mencionado como afecto el TDAH al desempeño académico del alumno que lo padece, sin embargo esto no significa que él sea el responsable del fracaso escolar.

**“Una dificultad no es problema si sabemos como darle solución.”**

*I Bes asevera que “no existe el «fracaso escolar del niño». El niño no tiene fracaso escolar. El niño sufre a consecuencia del fracaso escolar pero no lo crea ni lo difunde ni lo provoca. El niño se limita a sufrir las consecuencias del fracaso escolar... que no es sino el fracaso de alguna acción educativa.” (1994,25)*

El autor antes mencionado considera que las dificultades de aprendizaje del niño no son por sí solas el problema, sino que el problema radica en las acciones educativas que no orientan correctamente dichas dificultades. El fracaso escolar se produce cuando algo falla en algún punto del sistema educativo y el niño con dificultades no es ayudado a superarlas.

Así el fracaso escolar es consecuencia por un lado al niño con dificultades, en este caso, adolescente con TDAH y por otro a acciones educativas poco acertadas.

**c) La escuela.**

Cuando se habla de acciones educativas poco funcionales no sólo se hace referencia sólo a la práctica docente, el sistema educativo comprende políticas educativas, planes y programas que incluyen los contenidos temáticos, normas, organización y condiciones materiales de cada institución en específico.

*“El sistema educativo es, en general, poco flexible, entre otros motivos por que esta condicionado por el nivel de preparación que exige la sociedad y la limitación del tiempo en que ha de conseguirse.” (Argemí, 2002; 23)*

En este sentido el profesor se ve obligado a cubrir un programa en determinado tiempo y existe poca posibilidad de adaptar los contenidos a las aptitudes y necesidades de los alumnos, de tal forma que quedan rezagados aquellos alumnos que no avanzan al ritmo preestablecido.

Así que *“El sistema educativo puede inducir a FE en la medida que sus exigencias sobrepasen la capacidad del niño.”* (Argemí, 2002; 23)

Los horarios de clases, en general se organizan en función de las necesidades del personal de la escuela y no con base a las necesidades de los alumnos. Es por ello que se pueden observar horarios donde las materias que exigen mayor concentración como física o matemáticas están ubicadas al final de la jornada escolar, cuando el alumno se encuentra cansado, hambriento y distraído.

El número de alumnos en cada grupo también puede contribuir al fracaso escolar. El exceso de alumnos implica menos tiempo para atenderle, para aclarar dudas, es complicado conocerlos, hasta ubicarlos por nombre, y más aún entender sus necesidades de aprendizaje. En general es difícil trabajar con grupos numerosos y en nuestro sistema escolar se pueden encontrar, en instituciones de alta demanda, grupos de hasta cincuenta alumnos, en secundaria el promedio por grupo es de 40 alumnos, muy alto si se considera que los maestros atienden a varios grupos. (Sandoval, 2001)

La ubicación de la escuela es importante, si ésta se encuentra aledaña a espacios físicos o edificios donde se generen sobre estímulos auditivos o visuales tales como aeropuertos, autopistas, hospitales de urgencias donde continuamente se escuchan sirenas de ambulancia o parques deportivos, entre otros, estos pueden ser grandes distractores.

Las condiciones materiales de la escuela tales como aulas, mobiliario, luz, espacios de descanso, etc. también repercuten en el aprovechamiento académico, si la escuela se encuentra en condiciones deplorables, estas favorecen el bajo rendimiento escolar o puede ser desmotivante para el alumno.

Las relaciones interpersonales de quienes laboran en la institución son muy importantes, sin lugar a dudas, el aprendizaje de cualquier alumno se ve afectado si no

hay una comunicación eficiente, si prevalece un ambiente hostil, carente de respeto, trabajo aislado e individual y conflictos personales.

Las prácticas docentes son determinantes en el desarrollo del fracaso escolar. El maestro, afirma Argemí, *“Es la pieza clave en la génesis y solución del fracaso escolar.”*(2002; 13)

Un profesor poco comprometido con su trabajo, cansado, riguroso y renuente al cambio, incapaz de motivar a los alumnos es un obstáculo para el desarrollo de cualquier alumno.

Según Molina (1997; 182) El profesor evita interactuar con los alumnos atrasados o que fracasa escolarmente.

*“parece existir un acuerdo implícito entre el profesorado y los alumnos de bajo rendimiento escolar consiste en que el profesor no molesta a ese tipo de alumnos en la medida en que éstos tampoco molesten al profesorado. De esta forma, el clima escolar se mantiene tranquilo, aunque sólo sea aparentemente. Por el contrario, en la medida en que tales alumnos inquieten al profesorado, éste hará uso de la única autoridad que le resta: la sanción de esos comportamientos anómalos a través de las calificaciones escolares, con lo cual el círculo vicioso se cierra siempre desfavorablemente para el alumnado que se aparta de los criterios implícitos de lo que se supone que debe ser el alumno ideal.*

La motivación es aquello que nos impulsa a hacer algo y es factor fundamental para cualquier aprendizaje. Si los jóvenes están desmotivados es por alguna razón. Que los alumnos estén motivados o desmotivados depende en cierta parte de las enseñanzas tanto de padres como de maestros.

Argemí asevera que: *“La capacidad es causa necesaria más no suficiente. La falta de motivación puede ser causa de FE en un niño de capacidades normales e incluso superiores”.* (2002; 13)

### **III.2 La educación secundaria**

La educación secundaria aunque forma parte de la educación básica tiene características diferentes a la escuela primaria. Según Reif (1999; 227) al ingresar a la escuela secundaria el adolescente se enfrenta a los siguientes problemas:

- Los cambios y las transiciones a una nueva escuela.
- Tiene varios profesores, cada uno de ellos con su estilo de enseñanza, sus expectativas y sus requerimientos singulares.
- A menudo, una sensación de anonimato y soledad.
- Enormes presiones sociales y de los compañeros
- Los cambios físicos y las ansiedades de la adolescencia.

Cursar la secundaria en nuestro país significa, para los estudiantes adaptarse a tantos estilos docentes como profesores tengan, los alumnos de primaria pasan de tener un solo profesor a por lo menos nueve a los que se tendrán que adaptar en el menor tiempo posible. Los profesores por su parte dadas las condiciones laborales de la mayoría, es muy difícil que dispongan de tiempo para planear su trabajo, atender a los estudiantes, revisar y corregir sus trabajos, establecer buenas relaciones con ellos.

#### **Características de la Escuela Secundaria.**

En 1993 se reformó el Artículo 3º Constitucional para declarar a la educación secundaria como parte esencial de la educación básica obligatoria. En las reformas que se llevaron a cabo en este nivel educativo se hizo énfasis en la necesidad de disminuir los altos índices de reprobación y deserción escolar a través del ajuste de los contenidos programáticos, concepto de proceso educativo y evaluación.

En el programa para la modernización educativa (1989-1994) en el apartado de educación secundaria se manifestó que:

- “La Educación secundaria demanda vincularla más con la vida y hacerla relevante y significativa, ésta es la única manera de detener el incremento de la

deserción en los jóvenes que no ven su esfuerzo traducirse en una mejor preparación para la vida.

- Se debe acentuar el proceso de aprendizaje y no el de enseñanza y considerar que el papel del maestro estriba en poner al alumno en situación de aprendizaje que en ser él mismo un enseñante.
- Es necesario acudir a métodos que promuevan el aprender a aprender, entendido como un proceso vivencial que conlleva el aprender a ser y aprender a hacer.” (SEP, 1993)

Se pretendía que al concluir la secundaria el alumno contara con “conocimientos, valores y habilidades básicas para seguir aprendiendo a lo largo de su vida; enfrentar los retos que conlleva vivir en una sociedad cambiante; y desempeñarse de manera activa y responsable como ciudadano mexicano” (SEP, 2006<sup>a</sup>: 5)

El carácter obligatorio de la secundaria implica que todos los egresados de primaria accedan oportunamente a la escuela secundaria y permanezcan en ella hasta concluirla. (SEP, 2006<sup>a</sup>)

Sin embargo en el Cuarto Informe Nacional para la Reforma de la Educación Secundaria (RS), se reporta que durante el ciclo escolar 2005-2006 la deserción escolar en alumnos de primer grado fue de 6.20% y la reprobación de 20.36%. Así a pesar de que la educación secundaria es obligatoria muchos jóvenes se quedan al margen de la misma. La reforma de 1993 tampoco logró que se vinculara de manera efectiva con los niveles previos (educación primaria y preescolar). No se logró la articulación de los contenidos programáticos de las diferentes asignaturas y la vinculación con la vida cotidiana del alumno para hacer esos contenidos relevantes y significativos.

En el ciclo escolar 2006-2007 se pone en marcha la Reforma de la Educación Secundaria (RS) en sus tres modalidades:

- Escuelas secundarias técnicas
- Escuelas secundarias generales
- Tele secundarias

## **La finalidad de la educación secundaria**

El perfil de egreso de la escuela secundaria, según el Plan de estudios 2006, destaca la necesidad de fortalecer las competencias para la vida, que no solo incluyen aspectos cognitivos sino que también con lo afectivo, lo social, la naturaleza y la vida democrática.

La educación secundaria tiene por objetivo proporcionar a los adolescentes las herramientas para aprender a lo largo de toda su vida. Las capacidades que el adolescente debe desarrollar son: capacidad de reflexión y el análisis crítico; el ejercicio de los derechos civiles y democráticos; la producción e intercambio de conocimientos a través de diversos medios; el cuidado de la salud y el medio ambiente, así como la participación en el mundo laboral .

### **Las competencias para la vida.**

En plan de estudios anterior (1993) ya se planteaba la necesidad de vincular la educación con la vida cotidiana del alumno, a manera de fomentar aprendizajes significativos, desarrollar habilidades para aprender a aprender y fomentar valores y actitudes que le permitan vivir de manera armoniosa en la sociedad. Sin embargo, en la práctica cotidiana se mantenía la exigencia de adquisición de conocimientos teóricos. Con la reforma de 2006 ya no se habla de adquirir habilidades y conocimientos, sino del desarrollo de competencias, es decir se busca que los conocimientos se vean reflejados en la solución de problemas de carácter práctico.

En el plan de estudios 2006 se plantea lo siguiente:

*“Una competencia implica un saber hacer (habilidades) con saber (conocimiento), así como la valoración de las consecuencias del impacto de ese hacer (valores y actitudes). En otras palabras, la manifestación de una competencia revela la puesta en juego de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para el logro de propósitos en un contexto dado.” (SEP, 2006<sup>a</sup>:11)*

En este sentido un alumno es competente en la medida que tenga conocimientos, que pueda aplicarlos de manera práctica y que este conciente de las consecuencias de ese hacer. Las competencias *“se manifiestan en la acción integrada; poseer conocimientos o habilidades no significa ser competente: se puede conocer las reglas gramaticales, pero ser incapaz de redactar una carta; se pueden enumerar los derechos humanos y, sin embargo, discriminar a las personas con necesidades especiales.”* (SEP, 2006<sup>a</sup> ,11)

Las competencias que se deben desarrollar en la educación secundaria son:

- Competencias para el aprendizaje permanente. Implican la posibilidad de aprender, asumir y dirigir el propio aprendizaje a lo largo de su vida, de integrarse a la cultura escrita y matemática, así como de movilizar los diversos saberes culturales, científicos y tecnológicos para comprender la realidad.
- Competencias para el manejo de la información. Se relaciona con: la búsqueda, evaluación y sistematización de información; el pensar, reflexionar, argumentar y expresar juicios críticos; analizar, sintetizar y utilizar información; el conocimiento y manejo de distintas lógicas de construcción del conocimiento en diversas disciplinas y en los distintos ámbitos culturales.
- Competencias para el manejo de situaciones. Son aquellas vinculadas con la posibilidad de organizar y diseñar proyectos de vida, considerando diversos aspectos como los sociales, culturales, ambientales, económicos, académicos y afectivos, y de tener iniciativa para llevarlo a cabo; administrar el tiempo; propiciar cambios y afrontar los que se presenten; tomar decisiones y asumir sus consecuencias; enfrentar el riesgo; plantear y llevar a buen termino procedimientos o alternativas para la resolución de problemas, y manejar el fracaso y la desilusión.
- Competencias para la convivencia. Implica relacionarse armónicamente con otros y con la naturaleza; comunicarse con eficiencia; trabajar en equipo; tomar acuerdos y negociar con otros; crecer con los demás; manejar armónicamente las relaciones personales y emocionales; desarrollar la identidad personal; reconocer y valorar los elementos de la diversidad étnica, cultural y lingüística que caracteriza a nuestro país.

- Competencias para la vida en sociedad. Se refiere a la capacidad para decidir y actuar con juicio crítico frente a los valores y las normas sociales y culturales; proceder a favor de la democracia, la paz el respeto a la legalidad y a los derechos humanos; participar considerando las forma de trabajo en la sociedad, los gobiernos y las empresas, individuales o colectivas; participar tomando en cuenta las implicaciones sociales del uso de la tecnología; actuar con respeto ante la diversidad sociocultural; combatir la discriminación y el racismo, y manifestar una conciencia de pertenencia a su cultura, a su país y al mundo.

Sí se considera que estas competencias deben desarrollarse durante la educación secundaria, se abre el panorama a los alumnos con TDAH, ya que si bien no poseen muchas de estas habilidades, por ello acuden a la escuela, para desarrollarlas. Así por ejemplo, sí el alumno con TDAH no se relaciona armónicamente y tiene problemas para comunicarse, entonces la escuela (con el apoyo de la familia y otras instituciones) deberá hacer todo lo posible para que el alumno logre obtenerlas. Así lo marca el Plan de estudios 2006:

*“Las competencias que aquí se proponen contribuirán al perfil de egreso y deberán desarrollarse desde todas las asignaturas, procurando que se proporcionen oportunidades y experiencias de aprendizaje para **todos** los alumnos” (SEP, 2006<sup>a</sup>:11)*

El desarrollo de competencias y la evaluación de las mismas, sitúa en una posición muy vulnerable al alumno con TDAH, dado que cuando la evaluación se basaba en la adquisición de conocimientos algunos alumnos con TDAH se veían favorecidos, ya que a pesar de la poca participación y escaso trabajo en clase, obtenían un alto índice de aciertos en los exámenes, de esta forma lograban acreditar las asignaturas, o bien recuperar las asignaturas reprobadas en los exámenes extraordinarios.

Ahora se propone que la evaluación se haga en función de la aplicación de los conocimientos (de los productos) y esté es uno de los principales problemas de este tipo de alumnos. Según Barkley: *“El problema de los niños con TDAH no surge de una falta de habilidad, sino de la falta de autocontrol. Esto significa que el TDAH **no es un***

*problema de saber qué hacer, sino que es un problema para hacer aquello que se sabe.” (1999,58)*

### **III.3 Trabajo equipo para enfrentar el TDAH**

Lograr que la escuela secundaria ofrezca las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo a todos los adolescentes que se encuentran inscritos, incluyendo a aquellos con necesidades especiales, entre ellos los alumnos con TDAH, implica la participación responsable y conjunta de todos los que laboran en ella. Muchas de las funciones que a continuación se exponen están contempladas en el plan de estudios de la educación secundaria vigente y en documentos emitidos en el marco de la Reforma de la Educación Secundaria 2006 (RS).

Es sabido que las condiciones laborales de los maestros de secundaria pueden ser un obstáculo para el trabajo en equipo, ya que la mayoría de ellos tienen sus horas distribuidas en diferentes escuelas y por lo tanto es difícil que se comprometan en un proyecto colectivo. La diversidad de horarios propicia que los maestros se vean solo algunos minutos al día y no hay espacios para el intercambio de experiencias. Son pocos los maestros que están contratados de tiempo completo, la mayoría son contratados por horas que deben cumplir frente a grupo, sin que se proporcione tiempo para reuniones de trabajo, asesorías a alumnos, planeación o realización y entrega de documentación. (Sandoval, 2001; 5)

Sin embargo la RS ha contemplado la necesidad del trabajo en equipo. Se propone el trabajo colegiado, a través del consejo técnico que se encuentra conformado por directivos, docentes y personal de asistencia educativa, se ofrece tiempo y espacio específicos para las juntas de consejo técnico donde se deben plantear los problemas específicos de cada institución y las alternativas o posibles soluciones.

Constituir a la escuela como una comunidad de aprendizaje es labor de todos los que en ella trabajan. *“Los tutores, docentes, directivos y el personal de asistencia educativa necesitan trabajar conjuntamente para diseñar estrategias de*

*acompañamiento que respondan a las características individuales, sociales y culturales de los alumnos.” (SEP, 2006b:12)*

### **El personal directivo.**

El personal directivo son: director, subdirector, secretario escolar y los diferentes coordinadores.

En la medida que el personal directivo posea información a cerca del TDAH y comprenda el por qué del comportamiento de los jóvenes que padecen dicho trastorno, entonces aumentará la sensibilidad y podrán fomentar, junto con los maestros, intervenciones adecuadas que favorezcan el aprendizaje y logren retener en la institución a estos alumnos.

La participación del director es primordial, ya que: *“El director es la máxima autoridad del plantel y él asume la responsabilidad directa e inmediata del funcionamiento general del mismo”* (Zubillaga, 1998:145)

Debe tener conocimiento de cuantos y cuales alumnos tienen necesidades especiales de enseñanza.

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

Deben proporcionar tiempo dentro de la semana laboral para que se reúnan los profesores que imparten cursos al o los alumnos con TDAH para compartir ideas y estrategias y planificar juntos.

El subdirector, coordinador de actividades académicas y coordinador de actividades de desarrollo debe conocer el tipo de enseñanza que se está impartiendo en todas las clases, así como los climas emocionales de las aulas. También deberán revisar que en los planes de trabajo de los docentes, ya sean bimestrales o anuales se contemplen actividades destinadas a alumnos con el trastorno.

Dado que, según el Acuerdo 98 (SEP, 1982) El director y subdirector, de acuerdo a sus atribuciones, puede intervenir en la aplicación de medidas y sanciones disciplinarias que involucran a toda la comunidad escolar. En este sentido no debe permitir que ningún docente haga daño a los alumnos con TDAH humillándolos, avergonzándolos, criticándolos o intimidándolos. Ante esta situación, el director deberá aplicar una sanción o enviar un informe a las autoridades correspondientes.

Se debe cuidar la formación de grupos, de tal forma que los alumnos hiperactivos se encuentren bien distribuidos, evitando que en un grupo haya varios alumnos con TDAH u otras necesidades especiales.

Por último deberá favorecer actividades extracurriculares ya que según algunos profesores, dichas actividades constituyen las mejores oportunidades para conocer a los estudiantes.

### **Personal de asistencia educativa**

Se considera como personal de asistencia educativa a los orientadores educativos, los trabajadores sociales, los médicos escolares y los prefectos cuya presencia es variable dependiendo de la modalidad de la escuela secundaria.

*“El personal de asistencia educativa, según el reglamento, pues abocarse al desarrollo integral del estudiantado.” (Zubillaga, 1998; 145)*

### **Prefectos**

Los prefectos son los responsables de vigilar y orientar a los alumnos en el cumplimiento responsable y consiente tanto del reglamento escolar como de las disposiciones y medidas señaladas por las autoridades, a demás de estimular actitudes y hábitos que contribuyan a su formación integral.

Los prefectos como responsables de vigilar el buen comportamiento de los adolescentes deben tener conocimiento de los adolescentes con TDAH y las características de los mismos. Ellos pueden brindar apoyo en situaciones de transición, es decir, los cambios de una clase a otra, el traslado hacia un aula distinta como laboratorios o talleres, ir a los patios, entre otras son situaciones desestructuradas que representan conflicto para este tipo de alumnos.

También pueden, junto con profesores y personal de orientación, llevar los registros de comportamiento tanto positivos, como conductas problemáticas, identificar recursos, gustos y habilidades del alumno con TDAH. Por ejemplo descripción de conductas problemáticas, señalando la frecuencia y el contexto en el que aparecen. Estos reportes son solicitados o son un apoyo para el terapeuta, si es que el alumno está recibiendo ayuda profesional y también son utilizados para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento psicológico y/o médico.

## **Orientación**

La participación del Orientador Educativo en el trabajo colegiado con maestros, tutores y directivos le permitirá contar con una visión integradora de los alumnos y su entorno escolar y social, dando sentido a la información que se le proporciona, facilitando la oportuna detección de problemas de aprendizaje.

Una vez detectado el problema será necesario plantear con el cuerpo colegiado las estrategias para resolverlo, ya sean actividades de enseñanza, de aprendizaje, o en relación a los familiares.

Los ámbitos de intervención de la orientación educativa (SEP, 2006b):

- Atención individual a los alumnos: Conocimiento paulatino y sistemático de las condiciones individuales de los alumnos que asistan a la escuela, identificar sus capacidades y aptitudes para el estudio. Y condiciones familiares, sociales y culturales. Diagnóstico de situaciones que representan riesgos para el trabajo escolar y que puedan favorecer la reprobación y deserción escolar.

- Trabajo con los padres de familia: La comunicación constante con los padres de familia para concentrar formas de colaboración con la escuela que redunden positivamente en el desempeño académico de los alumnos. Acopio de información sobre antecedentes académicos, de salud.
- Comunicación periódica con los padres para informar sobre las acciones que la escuela emprenda para a fin de impulsar el desarrollo integral de sus hijos.
- Vinculación con instituciones que brindan atención a los adolescentes. Con el fin de canalizar que el adolescente puede recibir atención en el ámbito de salud, prevención de adicciones, sexualidad, recreación, formación académica futura y empleo. Invitación a especialistas para ofrecer charlas informativas a maestros y padres de familia.
- Apoyo y orientación a los tutores. Ante situaciones que pongan en riesgo la permanencia y el buen desempeño académico de los alumnos. Ofrecer a maestros la información necesaria para identificar a tiempo condiciones que puedan influir en la reprobación y deserción escolar.
- Organización de redes de acción para garantizar el bienestar de los alumnos en el espacio escolar. Se promoverán acciones como campañas, conferencias, reuniones, días abiertos con el objetivo de enfrentar situaciones escolares de riesgo.

En las funciones antes mencionadas, se puede observar que orientador es la figura clave para la interacción y comunicación, ya que es por función, el que establece una relación directa con padres de familia, atiende al alumno de manera individual y le brinda atención personalizada, recibe información de los tutores y maestros a cerca de los problemas que el alumno presenta dentro del aula y a su vez brinda apoyo a los mismos e informa y solicita apoyo a directivos. De esta forma el orientador tiene conocimiento integral del alumno. Sus esfuerzos deberán estar encaminados a que el alumno con TDAH logre un rendimiento escolar adecuado y pueda permanecer en la escuela secundaria hasta concluir la.

## **Función del docente**

En diversas ocasiones (Argemí, 2003) se ha afirmado que el profesor tiene la capacidad de obstaculizar o favorecer el rendimiento escolar, en tanto que es él quien debe proporcionar experiencias didácticas que acerquen al alumno al conocimiento. El docente es también el encargado de evaluar para saber si el alumno cubrió los objetivos que pretende la asignatura y finalmente asigna una calificación. Es por ello que su participación es fundamental para el desarrollo de cualquier alumno.

En la RS se consideró que:

*“Cada profesor desde su asignatura está comprometido con el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, mediante estrategias que superen la mera repetición de información y apunten a la construcción del conocimiento y de estrategias intelectuales para aprender dentro y fuera de la escuela.” (SEP, 2006b:10)*

Para los alumnos con TDAH contar con profesores concientes, informados, sensibles y comprometidos con el equipo de trabajo puede ser la diferencia entre el éxito y fracaso escolar. Joselevich afirma que *“...existen docentes animosos, firmes y flexibles que son capaces de estructurar y estimular la vida educacional de estos niños, de tal manera que pueden brindarles una satisfactoria inserción y una evolución gratificante.” (2003: 99)*

El profesor puede apoyar en los siguientes aspectos:

## **Diagnóstico y Tratamiento**

El profesor no es el indicado para realizar un diagnóstico, recordemos que el diagnóstico de TDAH debe hacerse de manera interdisciplinaria, sin embargo, puede contribuir para detectar algunos síntomas, de manera oportuna. A diferencia de los padres, a los profesores les es más fácil percatarse de que las cosas no van bien, puesto que tienen como punto de referencia al resto de los jóvenes del grupo. En este sentido el profesor debe avisar al personal de asistencia educativa para que el alumno reciba el apoyo necesario.

Llevar un registro de las conductas del alumno, la descripción de los comportamientos en diferentes situaciones, así como sus habilidades sociales, deportivas y académicas son de gran apoyo para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. (Joselevich, 2003:124). Cuando el alumno está bajo tratamiento farmacológico, el profesor con apoyo del personal de asistencia educativa deben llevar un registro del comportamiento del alumno, esto es de gran ayuda para el psicoterapeuta o psiquiatra

### **Métodos diferenciados**

Aplicar métodos diferenciados de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Según Benavides (2002) el profesor debe exigir en función de la capacidad del alumno. Algunas ocasiones deberá ser flexible, modificar e incluso disminuir el trabajo escolar. Rief (1999:27) afirma que el trabajo escrito es uno de los principales problemas a los que se enfrentan este tipo de alumnos y la tarea que a un niño promedio le toma veinte minutos para el alumno con el trastorno significa horas de trabajo, por ello se recomienda reducir el número de ejercicios o problemas, permitir que el alumno ofrezca respuestas en forma verbal, fragmentar las tareas en módulos manejables. En términos generales se deben buscar métodos alternativos para que el alumno exponga sus conocimientos.

Orjales (2001; 253) considera al respecto que:

*“la mayoría de los niños hiperactivos no necesitan una adaptación curricular, comprenden y pueden acceder a los mismos conocimientos que el resto de la clase”.*

Adaptar los materiales de trabajo a las dificultades del alumno no significa trabajar un material específico o diferente al resto del grupo, sino modificar las condiciones en las que el niño trabaja. Por ejemplo pedir al alumno que realice el mismo trabajo o la misma cantidad de ejercicios, pero estructurando el trabajo en tiempos cortos.

Como facilitador de experiencias de aprendizaje, el profesor ha de proporcionar un salón de clases estructurado y un ambiente propicio. Esto no significa que el profesor se limite a una clase tradicional y rígida con pocos estímulos visuales y auditivos o que se separe a este tipo de alumnos del resto del grupo, por el contrario. Benavides (2004:57) sugiere añadir estímulos como colores y texturas a cualquier

trabajo con el objetivo de aumentar la habilidad de estos niños para mantener la atención. *Polaino y Ávila (2002: 64)* por su parte menciona que se debe *“aumentar las novedades, estímulos y diversión.”*

La estructura debe proceder de la comunicación, las normas, los tiempos, y la planeación de las actividades. (Rief, 2002; 24)

Estos alumnos tienen facilidad para asimilar información, sin embargo presentan dificultad para plasmar sus conocimientos en una batería pedagógica, más aun si tiene que copiar la prueba del pizarrón. Por lo tanto se sugiere que para examinarlos de preferencia se le den las pruebas ya impresas, en caso necesario, que el alumno disponga de mayor tiempo para resolverlas o adecuar el examen para que responda de manera verbal. Las baterías deben estar bien estructuradas y la instrucciones breves, claras y específicas. (Joselevich, 2003; 127)

El aula es un factor importante en el desempeño de estos alumnos. Diversos autores coinciden en que el lugar donde se ubique al alumno dentro del salón de clases puede determinar una diferencia significativa. Se ha sugerido ubicar a este tipo de alumnos en un lugar cercano al profesor de tal forma que pueda establecer contacto visual y enviar señales al alumno. Para trabajos en equipo el alumno debe rodearse con alumnos a los que no les cueste trabajo concentrarse.

En cuanto al aula *“Deben considerarse cuidadosamente la iluminación, el mobiliario, el ordenamiento de las sillas, la ventilación, el despliegue visual, el color, la áreas para relajación y las medidas para bloquear las distracciones en el trabajo estático.”* (Rief, 2002; 28)

### **Clima de respeto**

El fracaso o éxito escolar no solo depende de la adquisición de conocimientos y habilidades intelectuales, el desarrollo afectivo es sin lugar a dudas un aspecto determinante tanto para el trabajo escolar como para lograr que el alumno se convierta en una persona segura y equilibrada.

Cabe recordar que la autoestima de estos alumnos es muy frágil debido al rechazo y los múltiples fracasos a los que está expuesto, por tal motivo el profesor

debe ser muy cuidadoso en la forma como se dirige al alumno, debe evitar avergonzarlo, humillarlo o hacerle sentir culpable.

*“No los ridiculice la preservación de la autoestima es el factor primordial si realmente se quiere ayudar a estos niños.” (Rief, 1999: 28)*

El profesor deberá manejar adecuadamente sus propias emociones, debe ser un ejemplo de comportamiento, pues debe modelar las conductas que espera de sus alumnos. Cabe mencionar que si el profesor humilla, ridiculiza, minimiza, etc. al alumno esto propiciará que también sus compañeros lo hagan, pues el ejemplo siempre será mejor que el simple hecho de identificar formas de comportamiento y actitud. El profesor no debe olvidar que él puede predisponer al grupo pues las emociones son contagiosas y que las gesticulaciones, volumen y tono de voz, llevan poderosos mensajes emotivos.

Debe tener la capacidad para motivar a sus alumnos, la motivación es un factor fundamental para el aprendizaje y no se origina de manera espontánea, por tal motivo se recomienda que el profesor aplique técnicas de enseñanza creativa, interactiva e interesante. Por lo que necesita tener conocimientos sobre enseñanza multisensorial, aprendizaje cooperativo, enseñanza recíproca, estilos de aprendizaje o en teoría de las inteligencias múltiples. (Rief, 1999:24)

## **Tutoría**

La figura del profesor tutor se implementó pensando en que los adolescentes necesitan, que la escuela secundaria, les brinde un espacio para hablar y reflexionar a cerca de sí mismo. Se pensó en un profesor que además de impartir una asignatura, tenga un tiempo para compartir los problemas grupales y proponga actividades de desarrollo personal. Se propone que este maestro sea sensible, amable y sobre todo muestre disposición para acompañar al adolescente de manera comprensiva y solidaria. Entre otras cosas deberá conocer las necesidades e intereses de sus alumnos así como propiciar el mejoramiento de la convivencia social.

La tutoría *“Es un espacio curricular de acompañamiento, gestión y orientación grupal, coordinado por una maestra o maestro, quien contribuye al desarrollo social, afectivo, cognitivo y académico de los alumnos, así como a su forma integral y a la elaboración de un proyecto de vida.” (SEP, 2006b:13)*

En las funciones que a continuación se mencionan se puede observar que el tutor será de gran apoyo para el alumno con TDAH, es éste quien establecerá una relación mas estrecha con el alumno, le ayuda a asimilar los cambios que implica el ingreso a la secundaria. Por otra parte establece comunicación en reuniones colectivas, con todos los profesores a fin de detectar problemas grupales e individuales, en estas reuniones es donde se puede detectar a los alumnos que presenten algún problema de aprendizaje.

El tutor también a de ayudar en los problemas de integración grupal que pueda enfrenar el alumno con TDAH, de tal forma que el grupo lo acepte, tolere y respete con sus características individuales y no quede aislado del resto del grupo.

Ámbitos de intervención del tutor (SEP, 2006b):

- La inserción de los estudiantes en la dinámica de la escuela. Es el acompañamiento en la transición de primaria a secundaria por todos los cambios que implica. La forma de organización, las normatividad de la escuela.
- El seguimiento al proceso académico de los estudiantes. Generar mecanismos que le permitan conocer y registrar información de los alumnos, contar con una base sólida para identificar su situación en las diferentes etapas del ciclo escolar e implementar estrategias de intervención y apoyo. Encabezará la organización de colectivos docentes que tendrá como meta diseñar y garantizar dispositivos para apoyar el trabajo de todos los alumnos y prevenir la reprobación y la deserción.
- La convivencia en el aula y en la escuela. Nuevas formas de relación entre los docentes y los estudiantes tiene como fin la convivencia armónica y solidaria que procure la integración de maestros y alumnos. La intervención oportuna del tutor en los conflictos que surjan entre alumnos, o entre estos y un profesor o personal de la escuela.
- Actividades exploratorias para identificar situaciones de violencia.

- Orientación académica y para la vida. Contribuir al proceso de autoconocimiento potencialidades aspiraciones y necesidades de formación académica ofrecer escenarios profesionales laborales y académicos.

### **Participación de los padres del alumno con Tdah**

La participación de los padres es necesaria e indispensable para que el alumno logre un buen desempeño académico. Los padres, dicen Polaino y Ávila (2002), deberán considerarse a sí mismos, como aliados con los maestros en la educación de su hijo.

La intervención de los padres no se limita a la atención en el hogar, los padres deben comprometerse a buscar apoyo profesional psicológico, psicopedagógico o psiquiátrico, según sea el caso. Sí el orientador canalizó al alumno para diagnóstico o tratamiento, es obligación del padre acudir a la institución correspondiente.

Los padres deben mantener comunicación constante y eficiente con el profesor tutor, así como con el orientador educativo. Las entrevistas que se establecerán de manera periódica, serán un espacio de retroalimentación donde se expongan el tipo de atención que está recibiendo el alumno, las sugerencias del profesional para mejorar el trabajo académico. Por otra parte el orientador señalará al padre los avances o retrocesos en el desarrollo del alumno, se plantearán los problemas que presentan con compañeros o maestros.

El padre también debe estar informado de los objetivos y contenidos temáticos de cada asignatura con el fin de funcionar como "profesor apoyo" y reforzar los temas que el alumno no logró asimilar durante la clase. *Polaino y Ávila, 2002; 69)*

En casa los padres deben compartir la responsabilidad de enseñar a los niños habilidades para la organización y el estudio.

Según Rief (1999:75) corresponde a los padres:

- Proporcionar un lugar tranquilo de trabajo, lejos del televisor.
- Proporcionar materiales e iluminación adecuados.

- Prever un lugar y un sistema para controlar con el niño el calendario de tareas asignadas o la hoja de trabajo para el hogar (así como para recibir las notas, las autorizaciones especiales y otras comunicaciones de la escuela).
- Ayudar a establecer el orden de las actividades y la lista de lo que debe hacer por la noche.
- Establecer una rutina tan sistemática como resulte posible (por ejemplo, hacer las tareas para el hogar, cenar, acostarse).
- Asegurarse de que el niño haya guardado los libros, los cuadernos, las carpetas, etcétera, en su mochila para el día siguiente.
- Ayudar a confeccionar listas, horarios, notas recordatorias.
- Recompensar las habilidades para la organización en el hogar.

Los padres de los alumnos con TDAH, dice Scandar *"deben reconocer que si ser padres es una tarea ardua y si sus esfuerzos, aun fracasos de por medio, merecen consideración y respeto, lo mismo se les debe reconocer a los docentes."* (2003; 159)

### **Cooperación del alumno**

Actualmente los métodos de enseñanza descansan sobre las teorías cognitivas del aprendizaje, en las cuales el sujeto más importante es el alumno. Desde estas teorías el alumno es el principal protagonista de su propio aprendizaje sea lógico-matemático, físico o social. (Hernández, 2002)

El papel del alumno en el proceso de construcción de conocimientos es indispensable, es él quien asimila, interpreta, valora, relaciona y atribuye un sentido a lo que aprende.

El aprendizaje del alumno no está condicionado únicamente por sus conocimientos previos o estructuras cognitivas, sino que hay otros factores que tienen incidencia considerable en el proceso de construcción de conocimiento. Es decir la manera de abordar una determinada tarea de aprendizaje o las interpretaciones de la misma son procesos internos del propio alumno, sin embargo el origen, la evolución y contexto en el que se producen se encuentran dentro de un ámbito de interacción y comunicación entre personas.

Tomando en cuenta lo anterior el éxito de las técnicas para tratar a los alumnos hiperactivos depende por una parte del contexto y la forma en que se desarrollen y por otra de las características personales, motivación, nivel cultural de cada alumno.

A diferencia de los infantes, los adolescentes en general ponen resistencia a la ayuda psicológica, por tal motivo el alumno debe estar conciente de su problema y tener una actitud de cooperación.

Es muy importante incluir al adolescente en la decisión de tratarlo con medicamentos y estar atentos a los sentimientos y actitudes que presente ante esta situación. Se recomienda analizar con él, de manera frecuente los sentimientos que le causa estar medicado y no mandar mensajes negativos al respecto.

## CAPITULO IV

### EL ADOLESCENTE CON TDAH



MANUAL DE ESTRATEGIAS PARA PROFESORES DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA

## CONTENIDO TEMÁTICO

### PRESENTACIÓN

#### 1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Signos y síntomas

Etiología

Diagnóstico

Tratamiento

#### 2. El adolescente con TDAH

Problemas familiares

Problemas escolares

Problemas de la adolescencia

Características positivas

#### 3. Trabajo en equipo para enfrentar el TDAH

Personal directivo

Personal de asistencia educativa

Función del docente

El tutor

Participación de los padres

Participación del alumno

#### 4. Consejos generales para apoyar a los alumnos proclives a distraerse.

#### 5. Técnicas cognitivas y de autocontrol

Modelos de conducta reflexiva

- Modelado cognitivo

- Modelado metacognitivo

#### Autoinstrucciones

- Entrenamiento en autoinstrucciones
  - Aspectos que facilitan la técnica

#### Estrategias para la solución de problemas

- Técnica de la tortuga
  - Entrenamiento en la solución de problemas interpersonales

#### Técnicas para el relajamiento

- Respiración
- Distensión del cuerpo
- Imaginación guiada

#### Técnicas para la autoevaluación

- Autoevaluación de tareas específicas

#### Como dar instrucciones

Registrar las tareas para el hogar.

## PRESENTACION

En la ley general de educación se establece en el artículo 41 que todos los menores que tengan alguna discapacidad deben ser integrados a los planteles de educación básica regular y que se deben buscar las técnicas, métodos y materiales que se adecúen a sus necesidades. Así cada ciclo escolar se incorporan más alumnos con algún problema para el aprendizaje.

Al incorporar a estos alumnos al sistema escolar regular no se contempló si los profesores tenían o no la preparación necesaria para dar la atención especial que dichos alumnos requieren. Así los profesores, se ven obligados a atender alumnos con problemas visuales, auditivos, motrices y psicológicos como bipolaridad, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta, déficit de atención e hiperactividad, etc.

En los planteles de educación secundaria la problemática se acentúa. Por una parte, sí el alumno no ha sido atendido de manera eficiente entonces su problema se agudiza, por otra, según estudios realizados a este nivel, un alto índice de profesores (el 70% en el Distrito Federal) no son egresados de la normal por lo tanto no recibieron de formación pedagógica inicial.

En la actualidad es muy común observar los conflictos a los que se enfrentan los profesores al tratar de incorporar a cierto tipo de alumnos, sin tener conocimiento del problema que presentan y la manera de apoyarlos. El presente trabajo surge de esa necesidad, aborda de manera específica el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que según los expertos afecta aproximadamente de 3 a 7% de la población escolar. (Elías, 2005), lo que significa que en cada grupo escolar hay por lo menos uno o dos alumnos con el trastorno.

Se considera al docente como uno de los elementos más importantes para el desarrollo de los alumnos, por tal motivo este manual está dirigido a

profesores de educación secundaria. Ofrece información general en torno al TDAH de manera que los docentes pueda identificar las conductas que manifiestan los alumnos que padecen dicho trastorno, se considera como una alternativa el trabajo colegiado de todos los integrantes de la comunidad escolar y se describe la función de cada uno, en la última parte se ofrecen técnicas desde un enfoque cognitivo para trabajar dentro del aula y en atención personal.

## IV.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)



Los profesores y  
profesoras  
necesitamos saber  
que...

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un fenómeno neurobiológico cuyos síntomas se presentan en la infancia antes de los cinco años de edad aproximadamente y puede persistir en la vida adulta. Se caracteriza por presentar síntomas de **hiperactividad**: actividad motriz superior a lo esperado para la edad y desarrollo del niño, los movimientos no parecen justificados por la necesidad de hacer algo. **Atención lábil** y dispersa, es decir incapacidad para centrar y mantener la atención en tareas, juegos o actividades prologadas, no sigue instrucciones y parece no escuchar. **Impulsividad**: actúan sin pensar, tienen dificultad para esperar su turno, responde a preguntas de manera anticipada y manifiesta poca tolerancia a la frustración.

Se considera "trastorno neurobiológico" porque su causa fundamental es un funcionamiento erróneo de algunas zonas del cerebro, específicamente en los neurotransmisores (dopamina, norepinefrina) que inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos, sin que ello implique alguna malformación neurológica. Es decir, no existe una lesión cerebral orgánica (tumores, malformaciones, etc.) El problema está en el funcionamiento químico del cerebro, los neurotransmisores. (Kosak, 2004)

El TDAH se constituye como un problema en la medida en que es un obstáculo para el desarrollo integral del individuo que lo padece, ya que es una de las causas más frecuentes de conflictos sociales; padecimientos internalizados, como depresión, baja autoestima, ansiedad, etc.; y fracaso escolar en la edad infantil. Así lo manifiesta Granell (1982:21) "Deficiencia en el aprendizaje y bajo rendimiento académico son considerados como características que generalmente acompañan a la conducta hiperactiva. La inquietud de estos niños, su falta de atención y su distractibilidad ante cualquier estímulo, por insignificante que sea interrumpe con frecuencia sus actividades de aprendizaje."

## SIGNOS Y SÍNTOMAS



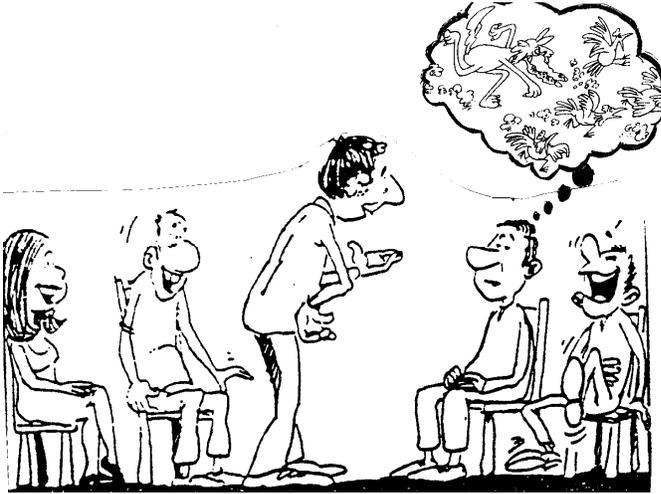
El TDAH comprende distintos comportamientos que se manifiestan de manera diferente en cada persona, sin embargo generalmente se señalan tres características: problemas para mantener la atención, déficit en el control de los impulsos e hiperactividad.

**Déficit de atención:** Diversos autores aseguran que los niños y adolescentes con TDAH tienen dificultad para focalizar y sostener la atención en un estímulo por un tiempo razonable. Moyano argumenta que el problema radica en la poca flexibilidad de la atención. "Una persona puede trasladar su foco de atención de un estímulo a otro más global varias veces por segundo, sin por ello distraerse del foco principal". (2004; 21)

Los niños con problemas de atención atienden a todo lo que les rodea sin priorizar un foco de atención sobre otro, es decir no atienden algo en específico, sino que su atención "salta" de un estímulo a otro. O por el contrario les es muy difícil

abstraerse de su foco de atención cuando este es interesante, en otras palabras centran su atención en una sola cosa olvidándose del mundo que les rodea.

Lo anterior explica por qué los niños con TDAH pueden permanecer, sin ningún problema, tiempo prolongado frente al televisor, videojuegos, computadora. Estos aparatos lanzan gran cantidad de estímulos visuales (son brillantes y coloridos), auditivos, son interactivos por lo que logran captar la atención del niño.



Con frecuencia los jóvenes hiperactivos mencionan que se cansan o se aburren en la ejecución de trabajos, por lo que caen en interrupciones constantes o simplemente abandonan o cambian de actividad por otra sin culminar ninguna. A menudo dan la impresión que no han oído lo que se les dice o que en su defecto no están escuchando, es común que se les dificulte seguir indicaciones y se incrementa la dificultad si reciben dos o más indicaciones a la vez.

**Hiperactividad:** Presenta excesiva actividad motriz inadecuada para la edad y el contexto en el que el niño se desenvuelve; se desplaza de manera brusca y explosiva. En lugares cerrados va de un lado a otro. Cuando permanece sentado, tiene las piernas en continuo movimiento, se columpia, se levanta con o sin motivo y su ir y venir no persigue ningún fin: su actividad carece de objetivos.



**Impulsividad:** Falta de reflexión por parte del niño o adolescente; su impulsividad le lleva a convertir en acto cualquier deseo y en consecuencia se mete en problemas. Interfiere en actividades de sus compañeros; interrumpe conversaciones ajenas y obtiene conclusiones apresuradas; no respeta las normas de convivencia, impone su voluntad y sus reglas en los juegos ignorando el consenso y acuerdo de los demás; en ocasiones se muestra violento, tanto física como verbalmente; actúan sin pensar y asumir las consecuencias de sus acciones; presenta incapacidad para evaluar y prevenir riesgos futuros, esto hace que parezca atrevido y que, en consecuencia, se exponga a situaciones de peligro potencial.



Como se puede observar las características antes mencionadas son comunes en la mayoría de niños, sin embargo, el problema no radica en el comportamiento sino en la frecuencia con que se presenta y lo inoportuno del momento en que suceden.

## ETIOLOGÍA.



El TDAH es un trastorno que no ha sido plenamente descifrado, ya que hasta ahora se desconocen las causas exactas de su origen. Los expertos señalan que en el TDAH intervienen factores neurológicos, genéticos y ambientales. Moreno señala: "más que existir uno o varios mecanismos explicativos, lo que ocurre es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta." (2001,51).



### **Una vida familiar caótica o la mala educación no son el origen del TDAH:**

Diversos especialistas coinciden en que el TDAH no es provocado por la mala educación proporcionada por los padres. Las relaciones familiares específicamente con los padres influyen en la personalidad y formación de los individuos pero no son determinantes en los comportamientos. Benavides dice que la forma de criar o educar al niño no le provoca o causa el TDAH, pero sí puede afectar, empeorar, alterar modificar o mejorar su sintomatología y el grado en el que el individuo logra vencer dificultades, adaptarse y triunfar familiar, emocional, académica, social y laboralmente. (Benavides. 2003. 39).



“En la actualidad diversos estudios señalan que este trastorno es hereditario debido a que existe la alteración en el gen transportador y receptor de la dopamina sustancia neurotransmisora mas importante del sistema nervioso central, que participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad.” (Poza, 2006)

Se han realizado estudios que aportan evidencia de que la hiperactividad tiene un componente genético importante.

Moyano, indica que en estudios recientes del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de Los Ángeles, California "... localizaron una región del cromosoma 16 que contendría un gen de riesgo para el síndrome de hiperactividad y déficit de atención." (2004:27). Y que dicho gen puede contribuir hasta en un 30% en el origen del TDAH. También manifestó que un niño con TDAH tiene a menudo un pariente biológico que presenta o presentó las mismas conductas. Cuando el primer niño de una familia tiene TDAH el segundo hijo tiene de 20 a 25% más de probabilidades de estar afectado. Por otra parte entre el 15 y el 40% de los padres de niños con TDAH presentan el mismo trastorno. (Moyano, 2004)



## Factores biológicos / fisiológicos

Con base a investigaciones recientes, diversos autores (Barkley, 1999; Polaino-Lorente, 2002; Mendoza, 2003; Moyano, 2004; Elías, 2005) indican que los niños hiperactivos no tienen ningún defecto en las neuronas, sino en los neurotransmisores que inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos, a nivel de la sinapsis neuronal. Esto podría sugerir que no están bien equilibrados los neurotransmisores como la dopamina y neroprinefrina por ser los más asociados en regular la capacidad de atención. De tal forma que "este desequilibrio sería el agente responsable de las dificultades que el niño hiperactivo tiene para centrar su atención y mantenerla durante un cierto tiempo, así como de la falta de autocontrol y ajuste de su conducta a las demandas del medio" (Polaino y Ávila, 2002; 65).



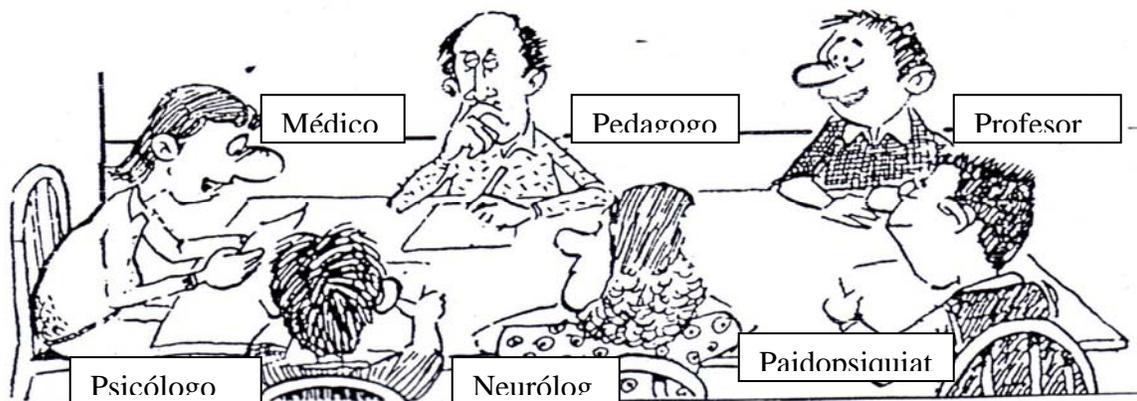
## Factores prenatales o perinatales

Algunos investigadores, han sugerido que las complicaciones surgidas durante el embarazo o parto están relacionadas de manera causal con el TDAH.

Las complicaciones prenatales o perinatales, tales como nacimiento prematuro y bajo peso, exposición prenatal a drogas no afectan de la misma forma a todos los niños, por tal motivo, no se consideran una causa del TDAH, sino factores predisponentes. (Moreno, 2001)



manera periódica y personal. De tal forma que en conjunto determinen el tratamiento y analicen los avances del mismo. (Moyano, 2004)



El TDAH, afirma Benavides (2004:45) tiene que diagnosticarse por inclusión, es decir tomando en cuenta, síntomas, conductas que hacen sospechar que niño padece dicho trastorno. Y por exclusión; descartando otros desordenes o padecimientos como daño cerebral mínimo, ansiedad, autismo, depresión, etc. Por lo que se hace necesario:

- **Un diagnóstico diferencial** donde se descarte la presencia de otros trastornos sean psiquiátricos, del desarrollo, trastornos de la conducta, etc. Este diagnóstico ayuda a aclarar si los síntomas presentados corresponden con los del TDAH u otro desorden.
- **Un diagnóstico de posición** para que una vez diagnosticado el TDAH se determine en que medida afecta al niño y en que áreas. (Orjales,2001)

El diagnóstico requiere de las siguientes pruebas:

**Entrevista clínica** es la primera parte de la evaluación, en donde los padres deberán proporcionar información acerca de: Problemas durante el embarazo. Forma de nacimiento o problemas de parto. Desarrollo neuro-motriz, es decir, posibles desviaciones cronológicas en el desarrollo psicomotor y de lenguaje. Enfermedades padecidas durante los primeros años de vida. Presencia de parientes con una conducta similar o algún trastorno psíquico. Problemas escolares como rendimiento académico y comportamiento. Esfera afectivo-comportamental; rasgos de conducta, hábitos

alimentarios y de higiene, sociabilidad, entre otros. Entrevista con el niño para observar su aspecto, conductas y habilidades.

**Examen médico** donde se evalué entre otras cosas, la agudeza visual y capacidad auditiva.

**Exploración neurológica** (Sólo en caso necesario) para detectar posibles alteraciones en la interacción perceptivo-motriz.

**Exploración neurofisiológica** (Sólo en caso necesario) que revela si existe malfuncionamiento a nivel cerebral. Los estudios sugeridos son el electroencefalograma, cartografía cerebral, tomografía por emisión de positrones (PET) y potenciales evocados.

**Evaluación psicopedagógica** Se realiza principalmente con la aplicación de pruebas específicas que arrojen información en cuanto a: nivel de inteligencia, desempeño escolar, atención y niveles de adquisición de conocimientos, estilos cognitivos, entre otros. Se realiza a través de juegos, dibujos, actividades interactivas con computadoras y baterías psicométricas.

Los cuadernos que los niños utilizan en la escuela de manera cotidiana pueden ser un buen elemento que apoye el diagnóstico pedagógico. En ellos se puede observar, entre otras cosas, hábitos de estudio, caligrafía, nivel de ortografía, solución de problemas matemáticos, así como el estado de atención y la adquisición de conocimientos.



El profesor no es indicado para realizar un diagnóstico, sin embargo puede identificar de manera oportuna algunos de los síntomas. Para lo

<p><b>Inatención:</b> Seis(o mas) de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e inapropiada en relación con el nivel de desarrollo.</p>	<p><b>SI</b></p>	<p><b>NO</b></p>
<p>j) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</p>		
<p>k) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.</p>		
<p>l) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</p>		
<p>m) Frecuentemente no sigue instrucciones o no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no debido al comportamiento o posición desafiante o incapacidad para comprender instrucciones).</p>		
<p>n) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p>		
<p>o) A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como actividades escolares o domésticas).</p>		
<p>p) Con frecuencia extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</p>		
<p>q) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p>		
<p>r) A menudo es descuidado en las actividades diarias.</p>		
<p><b>Hiperactividad e impulsividad:</b> Seis (o mas ) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses, con una intensidad, que es desadaptativa e incoherente en relación</p>		

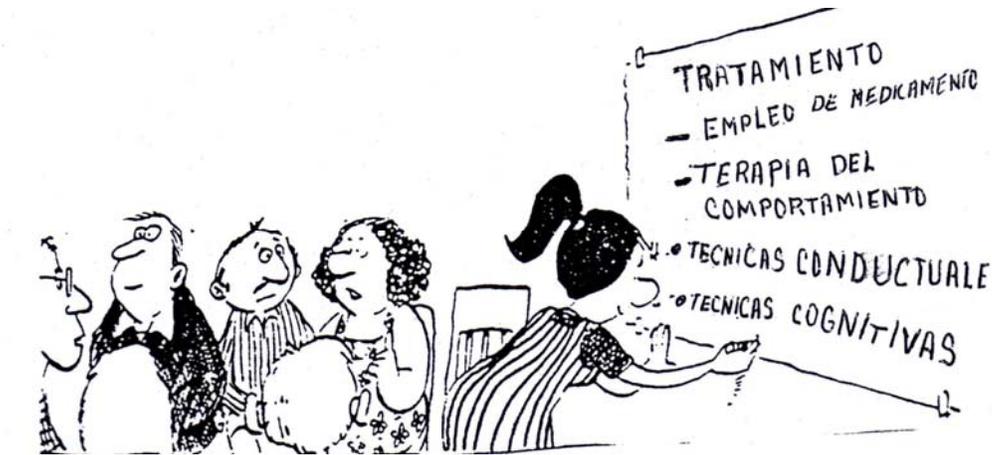
con el nivel de desarrollo:	SI	NO
j) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.		
k) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.		
l) Con frecuencia corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).		
m) Frecuentemente tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		
n) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.		
o) A menudo habla en exceso.		
<b>Impulsividad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
p) A menudo precipita respuestas antes de haber sido complementadas las preguntas		
q) Con frecuencia tiene dificultades para guardar turno		
i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)		

Criterios propuestos por la Sociedad Americana de Psiquiatría en el DSM-IV-TR (2000) para el diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad

## TRATAMIENTO.

Los objetivos del tratamiento de TDAH son en primera instancia, disminuir los síntomas-guía del TDAH; segundo reducir o eliminar los síntomas asociados y por último proporcionar apoyo para la solución de problemas de aprendizaje, lenguaje, escritura, relación social, actitud en el entorno familiar, entre otros.

El tratamiento del TDAH exige, en la mayor parte de los casos, una intervención multimodal, que incluya, psicoeducación y entrenamiento de padres, intervenciones psicológicas-conductuales o cognitivo-conductuales, intervenciones escolares y psicopedagógicas y si fuese necesario tratamiento farmacológico.



## EMPLEO DE MEDICAMENTOS.

El objetivo de la medicación es estimular aquellas áreas cerebrales que están poco activas. Con ello se busca mejorar los síntomas principales del trastorno, mejorar el rendimiento académico y conductual del niño, facilitar las interacciones escolares, familiares y sociales, y permitir un desarrollo más eficaz de las intervenciones psicológicas y pedagógicas.



Los estimulantes no son “píldoras mágicas”. No generan por sí solos, el buen comportamiento del niño, desarrollo de hábitos o alto

Todos los autores que se manifiestan a favor del uso de fármacos, especifican que por sí sólo no es suficiente para la solución de las problemáticas que genera el TDAH. El tratamiento farmacológico es sólo una parte de un tratamiento integral.

Los medicamentos para tratar el TDAH incluyen:

- Metilfenidato. (Ritalín y Rubifem)
- Dextroanfetamina (Dexedrina)
- Pemolina (Cylert)
- Atomoxetina.
- Modafinil.

Otros medicamentos:

- Antidepresivos: ISRS o mixtos.
- Clonidina.

## TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO.

Los niños con tratamiento farmacológico y terapia de comportamiento combinados, suelen mostrar mayor mejoría que los que sólo son tratados con medicamentos. La terapia de comportamiento incluye trabajar uno a uno con el terapeuta. Juntos practican habilidades sociales y de solución de problemas. Los consejeros también les

enseñarán a los padres y maestros a modificar el comportamiento del niño, a través de aplicación de técnicas cognitivas y/o comportamentales.

*Técnicas conductuales o comportamentales.*

Las técnicas comportamentales, también conocidas como técnicas operantes, tienen como objetivo "mantener al niño trabajando en la tarea, controlar la impulsividad, terminar las tareas, obedecer e incrementar sus habilidades sociales al mismo tiempo que tratan de reducir la hiperactividad motriz, disminuir el tiempo en que el niño está fuera de la tarea que le corresponde, etc." (Orjales, 2001; 105)

Las técnicas operantes hacen hincapié en las consecuencias inmediatas que siguen a un comportamiento. Así que tienen como base la administración de refuerzos positivos a los comportamientos deseados y castigos, y en ocasiones sólo basta ignorar al niño, para la desaparición de las conductas indeseables.

Los refuerzos pueden ser de índole social o afectiva, por ejemplo elogios, contacto físico, juegos y algunos privilegios. O materiales dulces, juguetes, puntos o fichas. etc. Pero siempre deben ser individuales, es decir deben seleccionarse en función de las preferencias y deseos de cada niño.



Las técnicas operantes son muy variadas, las más utilizadas son:

- La economía de fichas
- Reconocimiento social
- El castigo
- La extinción de conductas indeseables
- El coste de respuesta
- La sobre corrección
- Tiempo fuera

*Técnicas cognitivas y de autocontrol*

Estas técnicas "suponen básicamente que los niños hiperactivos tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares. (Moreno, 2001) Como veremos más adelante las técnicas

cognitivas requieren que el niño trabaje con su pensamiento. Estas son las técnicas con las que se sugiere trabajar con los adolescentes, ya que ofrecen cambios de conducta duraderos y se desarrollan en la última parte del manual.

## IV.2 EL ADOLESCENTE CON TDAH

Uno de los mitos más comunes sobre el TDAH es que los síntomas del mismo desaparecen, por sí solos, con paso del tiempo. Si bien es cierto que llegada la adolescencia algunos síntomas se han reducido en intensidad o se han modificado, en la mayoría de los casos los síntomas persisten. En los casos donde los niños con TDAH no reciben un tratamiento se agudizan los problemas propios de la adolescencia (rebeldía, malestar personal, inestabilidad emocional, confusión en general, etc.).

Uno de los síntomas que se modifica es la hiperactividad motora gruesa pero persiste con movimientos ociosos de una parte de su cuerpo (dedos, manos, pies.) Persisten también la impulsividad y la inatención y los problemas que ello conlleva.



Scandar (2003:75) afirmó que un 70-80% de los individuos diagnosticados con TDAH durante la infancia siguen exhibiendo síntomas de su trastorno en la

### Problemas familiares

Tomando en cuenta que los padres de niños con TDAH comienzan a tener problemas para controlar a sus hijos o corregir las conductas inadecuadas desde muy temprana edad, para la adolescencia, tanto padres como hijos traen "cargas" emocionales muy fuertes ocasionadas por problemas sin resolver en la infancia.

El individuo con TDAH presenta problemas desde la infancia en cuanto a sus hábitos y, principalmente, la organización de sus cosas personales. En la adolescencia persisten los olvidos, los problemas para organizar su tiempo; posterga tareas, especialmente aquellas que demandan mayor concentración, continúan los incumplimientos de los deberes domésticos, escolares y todas las dificultades que le provoca su impulsividad. (Joselevich 2003)

Son impacientes y tienden a sentirse molestos con aquellas situaciones que le plantean satisfacer demandas de los padres. Continúan los problemas de ajuste a normas sociales (horarios para llegar a casa o estar con amigos, etc.) además de los problemas emocionales.

“La relación entre padres e hijo se hace más estresante. El adolescente hiperactivo se vuelve discutidor, desafiante e intolerable por sus caprichos” (Polaino y Ávila.2002: 47)

Ser padre de un niño o adolescente hiperactivo es una tarea muy difícil y desgastante, debido a que se requiere mucho tiempo, preparación, paciencia, energía, recursos económicos, entre otras cosas, para educarlo. Así lo manifestó Barkley, (1999: 122) “El comportamiento excesivo, exigente, intrusivo y de gran intensidad de los niños con TDAH y su claro déficit en el autocontrol, requieren que los padres hagan un mayor esfuerzo para dirigir, ayudar, supervisar y tutorizar”. Es mucho más difícil si los padres desconocen la enfermedad y el tratamiento de su hijo.



En su afán por educar y controlar a su hijo los padres recurren a la sobreprotección, los castigos, regaños, golpes, etc. pero ninguno logra mejoras permanentes en la conducta de los niños con TDAH. Por el contrario según Barkley, (1999) se cae en un círculo vicioso como el siguiente:



Barkley (1999) menciona que los padres en general, en su afán por educar y controlar a su hijo con TDAH siguen la siguiente secuencia:

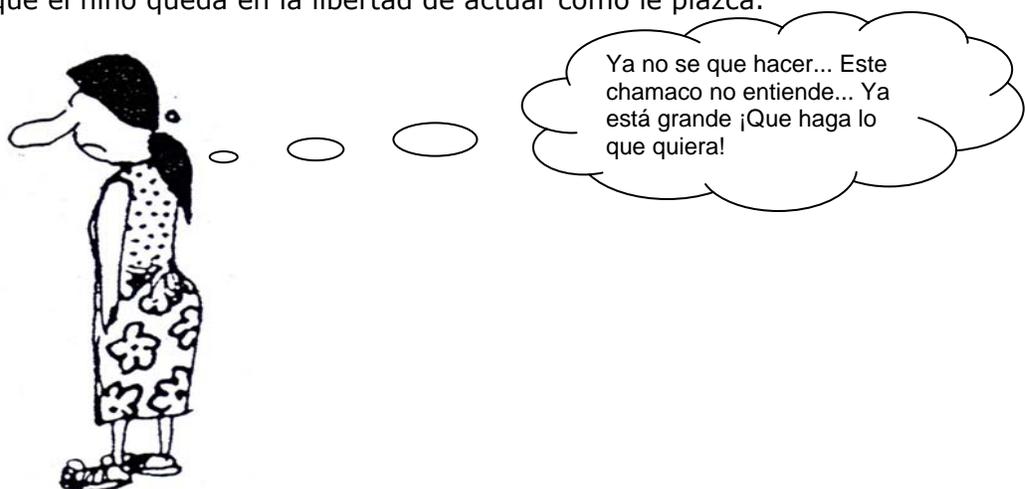
6. En un inicio consideran que las conductas disruptivas del niño son un mecanismo para llamar la atención, así que los padres intentan ignorar o no prestar atención ante la conducta del niño. Este recurso en general no da resultado debido a que la conducta del niño no es para llamar la atención y en muchas ocasiones ni siquiera es voluntaria.
7. Como el comportamiento inadecuado continúa y muchas veces se intensifica entonces los padres dan órdenes restrictivas y llaman constantemente la atención; en repetidas ocasiones solicitan al niño que deje de hacer lo que no es correcto. Por ejemplo: "No corras y realiza la tarea", "Estas jugando y aun no haces la tarea", "Ve y termina la tarea", "¿Qué no entiendes que dejes de jugar y hagas la tarea?"

8. Se llega a la etapa donde los padres empiezan a exasperarse debido a que el niño continúa con el comportamiento inadecuado, entonces recurren a las amenazas con algún castigo. Por ejemplo "si no haces la tarea no irás a patinar el sábado" o "Te voy a pegar si no terminas la tarea". A menudo este método suele fallar pues sabemos que los niños hiperactivos son más atraídos por las actividades estimulantes presentes que por gratificaciones a largo plazo.
9. Cuando las amenazas no son suficientes para lograr que el niño con el trastorno obedezca, entonces se recurre a la aplicación de los castigos, como violencia física o se priva a los niños de algunos privilegios, actividades agradables, artículos de su agrado, etc.



Aunque en general se piensa lo contrario, los castigos o golpes no devuelven al padre el control sobre el comportamiento indisciplinado del niño con TDAH, debido a que los niños repiten conductas que le han causado malas experiencias ya que la impulsividad no les permite reflexionar sobre las consecuencias del acto.

10. Es, en este punto, donde la mayoría de padres o tutores desisten ante el niño o adolescente, abandonando totalmente la supervisión de sus actividades, de tal forma que el niño queda en la libertad de actuar como le plazca.



Este alejamiento por parte del padre se debe por un lado al sentimiento de culpabilidad provocado por el castigo severo aplicado al niño; y por otra, la frustración al ver que las medidas adoptadas para controlar el comportamiento del niño han sido totalmente ineficaces. Esto tiene como resultando, considerarse a si mismos "malos padres" e ineficaces de educar al niño.

El sentimiento de incompetencia aumenta cuando los padres son objeto de una presión social al recibir críticas por parte de otros padres, maestros o de la propia familia considerándoles responsables de las actitudes que observa el niño con TDAH.

## PROBLEMAS ESCOLARES

Los niveles de rendimiento escolar por debajo de su capacidad intelectual conllevan a la pérdida de autoestima, conducta negativa y desafiante, incremento de mentiras y sentimientos de ansiedad y angustia al punto de provocar deserción escolar. (Joselevich, 2003)

## INTEGRACIÓN SOCIAL

Los problemas de interacción social aparecen desde los primeros años de escolaridad. Los niños hiperactivos generalmente pueden parece poco sociables e independientes, sin embargo la realidad es que a sus compañeros les es muy difícil relacionarse con ellos por tal motivo los aíslan y rechazan.

Diversos autores (*Moreno, 2001. Barkley, 1999. Joselevich, 2003. Polaino y Ávila 2002, Orjales 2002*) coinciden en que el niño hiperactivo es rechazado debido a su comportamiento autoritario e impositivo, se muestran mandones, descontrolados e intensos. Son niños que buscan ser en centro de la atención, recurren al chantaje, agreden para defenderse, se muestran poco razonables y poco cooperativos en los trabajos de equipo y deterioran con ello su imagen ante el grupo.



Les cuesta mucho trabajo participar en juegos cooperativos ya que no se atiende a las reglas.

En cuanto los juegos de contacto este tipo de niños son más toscos y violentos que el resto de sus compañeros, así que estos últimos prefieren excluirlos. Según Barkley (1999,204) *"La sobre actividad y la impulsividad causa a menudo aversión en los otros niños, especialmente cuando intentan trabajar o jugar juntos."*

Los padres de los niños que no tiene el trastorno ven como una amenaza para sus hijos la compañía de estos niños. Muchas veces prohíben que se establezca una relación entre ellos por el temor de que sus hijos puedan sufrir daños físicos o en su defecto se "contagien" las conductas disruptivas. (Joselevich, 2003. Polaino y Ávila 2002)



Cuando llegan a la secundaria los adolescentes siguen teniendo problemas para relacionarse con sus compañeros, sin embargo por la etapa en la que están no todos son rechazados. Según Orjales (2001, 302) la relación que establece el adolescente con TDAH con sus iguales se diferencia dependiendo de su personalidad, es decir, de sus características individuales.

Como ya se mencionó los adolescentes son rechazados por sus malas estrategias para relacionarse. Sin embargo otros son aceptados, se consideran "amigos" de todos pero de ninguno en especial, son aquellos chicos a quien nadie delata cuando hace alguna travesura, pueden integrarse a varios grupos pero difícilmente permanecer en alguno de ellos, en estos casos los chicos no son rechazados, se les tolera pero no son comprendidos.

A diferencia de la infancia, durante la adolescencia es muy fácil que el adolescente consiga nuevas amistades, pues su hiperactividad e impulsividad le permiten realizar acciones "temerarias" que sus pares no se atreven a hacer, con ello consiguen el lugar de líder. Empero lo realmente difícil para ellos es mantener estas nuevas amistades.

## RELACIÓN CON LOS PROFESORES.

No es difícil imaginar cual es la reacción de un profesor cuando uno de sus alumnos parece estar empeñado en sabotear su trabajo.



En la mayoría de los casos los profesores desconocen el origen de dichas actitudes, no se explican el motivo de la indisciplina, así que un de los errores más comunes es considerar que el alumno actúa deliberadamente, que la falta de trabajo se debe a la poca voluntad del alumno y que cuando este lo decida podrá poner fin a toda la problemática. Según *Polaino y Ávila 2002* y *Joselevich, 2003; 28*) los alumnos de este tipo son calificados como desobedientes y mal educados, descuidados, flojos y hasta tontos.



Si el profesor recurre a correctivos inapropiados como regaños que incluyan descalificativos y humillaciones o castigos. El alumno puede mostrarse desafiante.

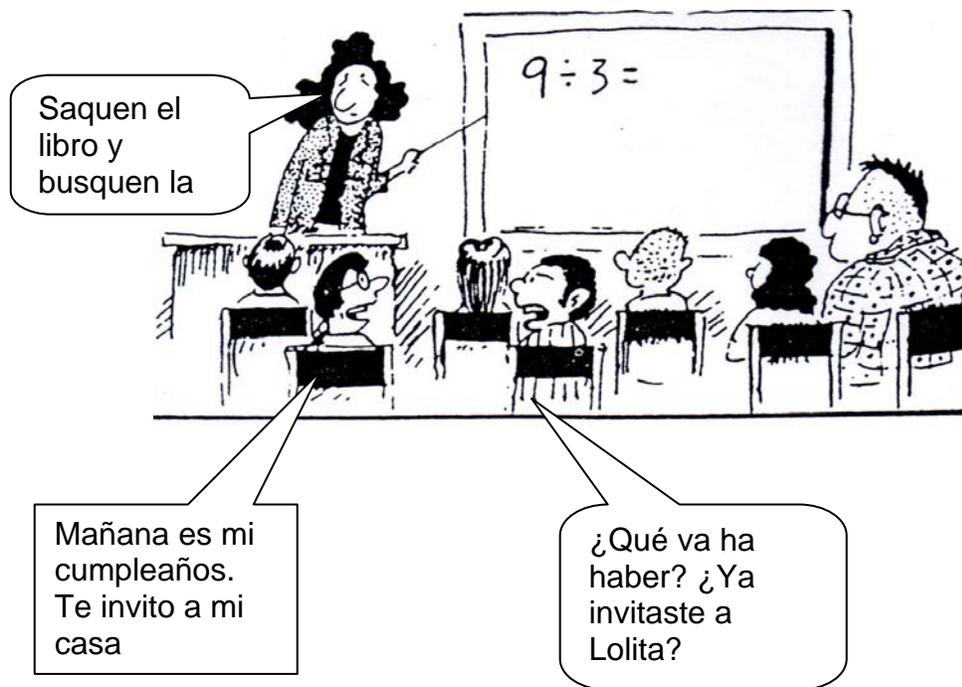
Analicemos hasta donde esas actitudes contribuyen al fracaso escolar.

La indisciplina del alumno repercute directamente en su desempeño académico ya que en ocasiones la conducta es considerada para asignar calificación. Así lo manifestó Joselevich:

*"Algunos maestros confunden las áreas y bajan las calificaciones por mala conducta, en lugar de distinguir entre problemas específicos de comportamiento y problemas de rendimiento académico, o usan calificativos que en vez de aclarar oscurecen la comprensión de lo que sucede, por ejemplo, "vago" "desobediente" u otros términos negativos." (2003; 99)*



La incapacidad de mantener y focalizar la atención tiene como resultado que el alumno no atiende las explicaciones del profesor, que no escuche las instrucciones para realizar alguna actividad.



Uno de los principales problemas es el incumplimiento de trabajo, en general lo dejan inconcluso debido a que se aburren fácilmente y desvían su atención hacia actividades más estimulantes.

Tienen tendencia a desarrollar actividades que les demanden un esfuerzo mínimo, de tal forma que cuando una tarea les supone un poco más de esfuerzo la abandona inmediatamente. Cuando las tareas a realizar son aburridas o desagradables emplean el menor tiempo posible y hacen un esfuerzo mínimo. Si algún trabajo o actividad no les sale bien en el primer intento, no se empeñan en repetirlo hasta obtener éxito en ello. Recordemos que este tipo de alumnos tienen baja tolerancia al fracaso. (Moreno, 2001. 46)

Los escasos hábitos de estudio indudablemente repercuten en el desempeño escolar. En los adolescentes con TDAH el desorden y la desorganización aumentan con respecto a la infancia. Con frecuencia se le olvidan o extravían cuadernos, por lo que toma nota de todas las asignaturas sin hacer distinción en un solo cuaderno. No tienen horarios ni espacios fijos de estudio.

Esto se debe por una parte al incremento de materias y profesores, lo que implica adaptarse por lo menos a diez personalidades y estilos de enseñanza diferentes

y un sin fin de materiales para cada una de las asignaturas, por otro, los padres ya no se ocupan tanto de organizar los materiales del alumno o asistirles con tareas.

En situaciones de evaluación, la falta de control de impulsos le ocasiona muchos conflictos, por ejemplo durante los exámenes sean orales o escritos suelen dar respuestas prematuras, sin reflexionar, lo que genera un alto número de errores, aun que el alumno tenga los conocimientos que se pretenden evaluar. (Moreno, 2001; 33)



#### PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA.

Los expertos afirman que los adolescentes con TDAH tienen más problemas emocionales que el adolescente normal.

La intensidad de los cambios físicos, específicamente en cuanto a la madurez sexual genera confusión, aflicción y pérdida de confianza debido a que en la mayoría de adolescentes con TDAH, el desarrollo físico no es paralelo a la madurez emocional y social. Se observan cuerpos de hombres y mujeres, por un lado y conductas infantiles e inmaduras por otro.

Scandar (2003:64) afirma que "los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden verse acentuados al asociarse con las características neuroquímicas propias de los adolescentes con TDAH". También menciona que las adolescentes presentan trastornos premenstruales más severos, así como cambios abruptos de estado de ánimo e irritabilidad.

**EL TDAH PUEDE PRESENTARSE DE MANERA SIMULTÁNEA CON OTROS PADECIMIENTOS COMO ANSIEDAD O DEPRESIÓN.**

**POR TAL MOTIVO EL ADOLESCENTE PUEDE SENTIRSE MUY SOLO E INCOMPRENDIDO.**



El adolescente con TDAH desea tanto su independencia como cualquier otro, sin embargo puede no estar preparado para asumir las responsabilidades que ésta conlleva. ¿Podría el adolescente con TDAH lograr su independencia sin que se halla preparado para ella, es decir si durante toda su infancia se ha mostrado dependiente de quienes lo rodean? Según Barkley (1999) el adolescente hiperactivo no ha adquirido ciertas habilidades mentales que contribuyen al autocontrol y la organización, tales como la visión de futuro, la previsión, la planificación y la conducta dirigida a un fin.

La identidad del adolescente tendrá como base el concepto que tiene de sí mismo, el que ha ido construyendo a través de su historia.

Múltiples autores (Moreno, 2001; Barkley, 1999; Polaino y Ávila, 2002; Orjales, 2001; Joselevich, 2003) afirman que en este aspecto el adolescente con TDAH enfrenta problemas graves, debido a que al llegar a esta etapa, ha acumulado diversas experiencias de fracaso y situaciones frustrantes.

*“Una situación se convierte en frustrante cuando el niño siente que no puede responder correctamente a las demandas de la misma. La sucesión de conductas frustrantes en combinación con las pocas experiencias de éxito, producen en el joven un sentimiento de indefensión que contribuye en forma clara, a hacerle cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia.” (Orjales, 2001:66)*

Por otra parte los frecuentes conflictos con el medio social, la descalificación de adultos y compañeros les conducen a un pésimo concepto de sí mismo. En general los adolescentes con TDAH se hacen tantos reproches como lo hacen los demás, es decir adoptan la imagen negativa que los demás tienen de ellos. *“Entre los pensamientos negativos más arraigados en estos niños destacan los de ser malos, no tener amigos y ser torpes para el estudio.”* (Polaino y Ávila, 2002: 17)

En este sentido, la acumulación de fracasos, las escasas experiencias de éxito, las reacciones y rechazo de los adultos y compañeros contribuyen a que el adolescente con TDAH se autoevalúe negativamente y vayan formándose un pobre concepto de sí mismo y en consecuencia una baja autoestima.



Así lo expresa Joselevich (2003:203)

*“La autoestima suele estar desgastada y lastimada como resultado de los repetidos fracasos o sobreesfuerzos, de los conflictos con sus compañeros y profesores, de pobres logros y desempeños (que sienten por debajo de su potencial), de las molestias que muchas veces sienten que están ocasionando a las personas de su entorno.”*

Para que el adolescente con TDAH logre una autoestima adecuada se requiere por un lado, un sentimiento de identidad propia, satisfacción personal, sentimiento de ser valioso; sentirse diestro, hábil, capaz y con ello ir adquiriendo seguridad, y por otro, la formulación de objetivos claros y alcanzables.

Los adolescentes con TDAH son muy sensibles y en general reaccionan de manera emotiva. Su respuesta es inmediata y en función únicamente de sus sentimientos sin evaluar los acontecimientos de manera objetiva y racional. En otras palabras no se dan tiempo para separar los hechos reales de los sentimientos o emociones que estos les provocan. Tienen problemas para enfrentarse a situaciones que requieren templanza y calma, por lo que son rechazados por los demás o ellos mismos se alejan para no exponerse al rechazo. (*Barkley, 1999*)

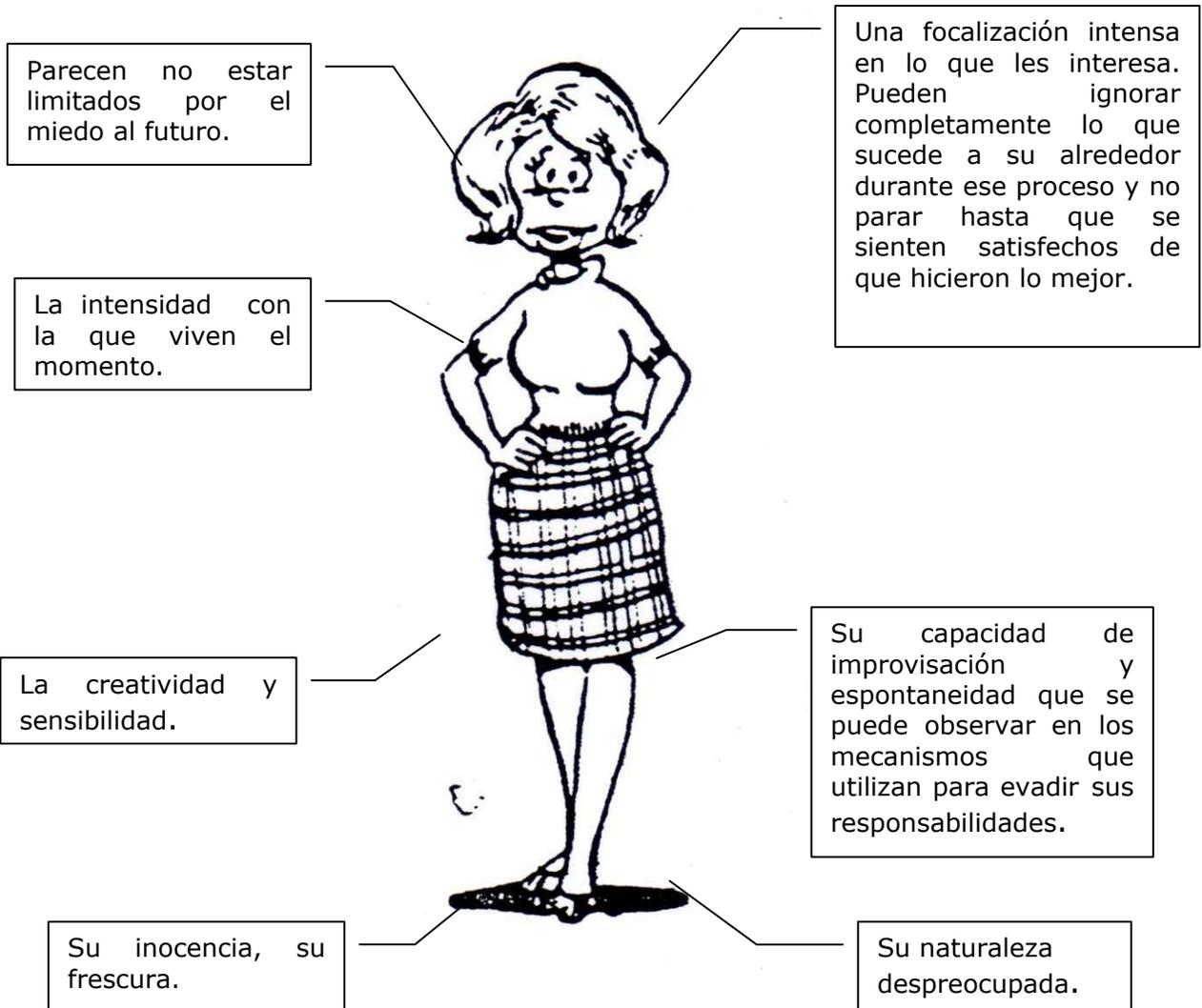


La inmadurez emocional conlleva problemas para entablar una comunicación adecuada, debido a que contestan sin pensar y guiados por sus sentimientos, pueden herir a sus interlocutores, lo que contribuye a generar malentendidos o construir prejuicios que perjudican al adolescente con TDAH. (*Joselevich, 2003*)

## CARACTERÍSTICAS POSITIVAS.

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo este tipo de adolescentes tienen, debido a la hiperactividad, falta de atención e impulsividad, conflictos en casi todos los aspectos de su vida, sin embargo con un tratamiento integral e individualizado y enfocando de manera diferente dichas características se podría sacar algunas ventajas de ellas.

Benavides (2004) y Joselevich (2003) aseveran que los niños o adolescentes con TDAH presentan características positivas tales como:



## IV.3 TRABAJO EQUIPO PARA ENFRENTAR EL TDAH

Para hacer frente a los problemas escolares que presentan los alumnos con TDAH no basta solamente con el esfuerzo de profesores comprometidos, informados, entusiastas, etc. es necesaria la participación conciente de todo el personal escolar, así como padres y alumnos.



Lograr que la escuela secundaria ofrezca las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo a todos los adolescentes que se encuentran inscritos, incluyendo a aquellos con necesidades especiales, entre ellos los alumnos con TDAH, implica la participación responsable y conjunta de todos los que laboran en ella. Muchas de las funciones que a continuación se exponen están contempladas en el plan de estudios de la educación secundaria vigente y en documentos emitidos en el marco de la Reforma de la Educación Secundaria 2006 (RS).

En la RS se contempló la necesidad del trabajo en equipo. Se propone el trabajo colegiado, a través del consejo técnico que se encuentra conformado por directivos, docentes y personal de asistencia educativa, se ofrece tiempo y espacio específicos para las juntas de consejo técnico donde se deben plantear los problemas específicos de cada institución y las alternativas o posibles soluciones.

#### EL PERSONAL DIRECTIVO.

Se llama personal directivo a quienes se encargan director, subdirector, secretario escolar y los diferentes coordinadores.

En la medida que el personal directivo posea información acerca del TDAH y comprenda el por qué del comportamiento de los jóvenes que padecen dicho trastorno, entonces aumentará la sensibilidad y podrán fomentar, junto con los maestros, intervenciones adecuadas que favorezcan el aprendizaje y logren retener en la institución a estos alumnos.

La participación del director es primordial, ya que: "El director es la máxima autoridad del plantel y él asume la responsabilidad directa e inmediata del funcionamiento general del mismo" (Zubillaga, 1998:145)

Debe tener conocimiento de cuantos y cuales alumnos tienen necesidades especiales de enseñanza.

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



Deben proporcionar tiempo dentro de la semana laboral para que se reúnan los profesores que imparten cursos al o los alumnos con TDAH para compartir ideas y estrategias y planificar juntos.

El subdirector, coordinador de actividades académicas y actividades de desarrollo debe conocer el tipo de enseñanza que se está impartiendo en todas las clases, así como los climas emocionales de las aulas. También deberán revisar que en los planes de trabajo de los docentes, ya sean bimestrales o anuales se contemplen actividades destinadas a alumnos con el trastorno.

Dado que, según el Acuerdo 98 (SEP, 1982) El director y subdirector, de acuerdo a sus atribuciones, puede intervenir en la aplicación de medidas y sanciones disciplinarias que involucran a toda la comunidad escolar. En este sentido no debe permitir que ningún docente haga daño a los alumnos con TDAH humillándolos, avergonzándolos, criticándolos o intimidándolos. Ante esta situación, el director deberá aplicar una sanción o enviar un informe a las autoridades correspondientes.

Se debe cuidar la formación de grupos, de tal forma que los alumnos hiperactivos se encuentren bien distribuidos, evitando que en un grupo haya varios alumnos con TDAH u otras necesidades especiales.



Por último deberá favorecer actividades extracurriculares ya que según algunos profesores, dichas actividades constituyen las mejores oportunidades para conocer a los estudiantes.

#### PERSONAL DE ASISTENCIA EDUCATIVA

Se considera como personal de asistencia educativa a los orientadores educativos, los trabajadores sociales, los médicos escolares y los prefectos cuya presencia es variable dependiendo de la modalidad de la escuela secundaria.

El personal de asistencia educativa, según el acuerdo 98, debe abocarse al desarrollo integral del estudiantado. (SEP, 1982)

#### PREFECTOS

Los prefectos son los responsables de vigilar y orientar a los alumnos en el cumplimiento responsable y consciente tanto del reglamento escolar como de las disposiciones y medidas señaladas por las autoridades, a demás de estimular actitudes y hábitos que contribuyan a su formación integral.

Los prefectos como responsables de vigilar el buen comportamiento de los adolescentes deben tener conocimiento de los adolescentes con TDAH y las características de los mismos. Ellos pueden brindar apoyo en situaciones de transición, es decir, los cambios de una clase a otra, el traslado hacia un aula distinta como laboratorios o talleres, ir a los patios, entre otras son situaciones desestructuradas que representan conflicto para este tipo de alumnos.

También pueden, junto con profesores y personal de orientación, llevar los registros de comportamiento tanto positivos, como conductas problemáticas, identificar recursos, gustos y habilidades del alumno con TDAH. Por ejemplo descripción de conductas problemáticas, señalando la frecuencia y el contexto en el que aparecen. Estos reportes son solicitados o son un apoyo para el terapeuta, si es que el alumno está recibiendo ayuda profesional y también son utilizados para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento psicológico y/o médico.

### ORIENTACIÓN

La participación del Orientador Educativo en el trabajo colegiado con maestros, tutores y directivos le permitirá contar con una visión integradora de los alumnos y su entorno escolar y social, dotando de sentido a la información que se le proporciona, facilitando la oportuna detección de problemas de aprendizaje.

Una vez detectado el problema será necesario plantear con el cuerpo colegiado las estrategias para resolverlo, ya sean actividades de enseñanza, de aprendizaje, o en relación a los familiares.

Los ámbitos de intervención de la orientación educativa (SEP, 2006b):

- Atención individual a los alumnos: Conocimiento paulatino y sistemático de las condiciones individuales de los alumnos que asistan a la escuela, identificar sus capacidades y aptitudes para el estudio. Y condiciones familiares, sociales y culturales. Diagnóstico de situaciones que representan riesgos para el trabajo escolar y que puedan favorecer la reprobación y deserción escolar.

- Trabajo con los padres de familia: La comunicación constante con los padres de familia para concentrar formas de colaboración con la escuela que redunden positivamente en el desempeño académico de los alumnos. Acopio de información sobre antecedentes académicos, de salud.
- Comunicación periódica con los padres para informar sobre las acciones que la escuela emprenda para a fin de impulsar el desarrollo integral de sus hijos.



- Vinculación con instituciones que brindan atención a los adolescentes. Con el fin de canalizar que el adolescente puede recibir atención en el ámbito de salud, prevención de adicciones, sexualidad, recreación, formación académica futura y empleo. Invitación a especialistas para ofrecer charlas informativas a maestros, charlas o padres de familia.
- Apoyo y orientación a los tutores. Ante situaciones que pongan en riesgo la permanencia y el buen desempeño académico de los alumnos. Ofrecer a maestros la información necesaria para identificar a tiempo las condiciones necesarias para identificar a tiempo condiciones que puedan influir en la reprobación y deserción escolar.

- Organización de redes de acción para garantizar el bienestar de los alumnos en el espacio escolar. Se promoverán acciones como campañas, conferencias, reuniones, días abiertos con el objetivo de enfrentar situaciones escolares de riesgo.

En las funciones antes mencionadas, se puede observar que orientador es la figura clave para la interacción y comunicación, ya que es por función, el que establece una relación directa con padres de familia, atiende al alumno de manera individual y le brinda atención personalizada, recibe información de los tutores y maestros a cerca de los problemas que el alumno presenta dentro del aula y a su vez brinda apoyo a los mismos e informa y solicita apoyo a directivos. De esta forma el orientador tiene conocimiento integral del alumno. Sus esfuerzos deberán estar encaminados a que el alumno con TDAH logre un rendimiento escolar adecuado y pueda permanecer en la escuela secundaria hasta concluirla.

## FUNCIÓN DEL DOCENTE

En diversas ocasiones (Argemí, 2003) se ha afirmado que el profesor tiene la capacidad de obstaculizar o favorecer el rendimiento escolar, en tanto que es él quien debe proporcionar experiencias didácticas que acerquen al alumno al conocimiento. El docente es también el encargado de evaluar para saber si el alumno cubrió los objetivos que pretende la asignatura y finalmente asigna una calificación. Es por ello que su participación es fundamental para el desarrollo de cualquier alumno.

En la RS se consideró que "Cada profesor desde su asignatura está comprometido con el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, mediante estrategias que superen la mera repetición de información y apunten a la construcción del conocimiento y de estrategias intelectuales para aprender dentro y fuera de la escuela." (SEP, 2006b:10)



Para los alumnos con TDAH contar con profesores concientes, informados, sensibles y comprometidos con el equipo de trabajo puede ser la diferencia entre el éxito y fracaso escolar. Joselevich afirma que "...existen docentes animosos, firmes y flexibles que son capaces de estructurar y estimular la vida educacional de estos niños, de tal manera que pueden brindarles una satisfactoria inserción y una evolución gratificante." (2003: 99)

El profesor puede apoyar en los siguientes aspectos:



## *Diagnóstico y Tratamiento*

El profesor no es el indicado para realizar un diagnóstico, recordemos que el diagnóstico de TDAH debe hacerse de manera interdisciplinaria, sin embargo, puede contribuir para detectar algunos síntomas, de manera oportuna. A diferencia de los padres, a los profesores les es más fácil percatarse de que las cosas no van bien, puesto que tienen como punto de referencia al resto de los jóvenes del grupo. En este sentido el profesor debe avisar al personal de asistencia educativa para que el alumno reciba el apoyo necesario.

Llevar un registro de las conductas del alumno, la descripción de los comportamientos en diferentes situaciones, así como sus habilidades sociales, deportivas y académicas son de gran apoyo para el diagnóstico y tratamiento del TDAH. (Joselevich, 2003; 124). Cuando el alumno está bajo tratamiento farmacológico, el profesor con apoyo del personal de asistencia educativa deben llevar un registro del comportamiento del alumno, esto es de gran ayuda para el psicoterapeuta o psiquiatra

## *Métodos diferenciados*

Aplicar métodos diferenciados de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Según Benavides (2004) el profesor debe exigir en función de la capacidad del alumno. Algunas ocasiones deberá ser flexible, modificar e incluso disminuir el trabajo escolar. Rief (1999:27) afirma que el trabajo escrito es uno de los principales problemas a los que se enfrentan este tipo de alumnos y la tarea que a un niño promedio le toma veinte minutos para el alumno con el trastorno significa horas de trabajo, por ello se recomienda reducir el número de ejercicios o problemas, permitir que el alumno ofrezca respuestas en forma verbal, fragmentar las tareas en módulos manejables. En términos generales se deben buscar métodos alternativos para que el alumno exponga sus conocimientos.



Orjales (2001:253) afirma que: *“la mayoría de los niños hiperactivos no necesitan una adaptación curricular, comprenden y pueden acceder a los mismos conocimientos que el resto de la clase”*. Adaptar los materiales de trabajo a las dificultades del alumno no significa trabajar un material específico o diferente al resto del grupo, sino modificar las condiciones en las que el niño trabaja. Por ejemplo pedir al alumno que realice el mismo trabajo o la misma cantidad de ejercicios, pero estructurando el trabajo en tiempos cortos.

Como facilitador de experiencias de aprendizaje, el profesor ha de proporcionar un salón de clases estructurado y un ambiente propicio. Esto no significa que el profesor se limite a una clase tradicional y rígida con pocos estímulos visuales y auditivos o que se separe a este tipo de alumnos del resto del grupo, por el contrario. Benavides (2004:57) sugiere añadir estímulos como colores y texturas a cualquier trabajo con el objetivo de aumentar la habilidad de estos niños para mantener la atención. Polaino y Ávila (2002: 64) por su parte menciona que se debe *“aumentar las novedades, estímulos y diversión.”*

La estructura debe proceder de la comunicación, las normas, los tiempos, y la planeación de las actividades. (Rief, 2002: 24)

Estos alumnos tienen facilidad para asimilar información, sin embargo presentan dificultad para plasmar sus conocimientos en una batería pedagógica, más aun si tiene que copiar la prueba del pizarrón. Por lo tanto se sugiere que para examinarlos de preferencia se le den las pruebas ya impresas, en caso necesario, que el alumno disponga de mayor tiempo para resolverlas o adecuar el examen para que responda de manera verbal. Las baterías deben estar bien estructuradas y las instrucciones breves, claras y específicas. (Joselevich, 2003:127)

El aula es un factor importante en el desempeño de estos alumnos. Diversos autores coinciden en que el lugar donde se ubique al alumno dentro del salón de clases puede determinar una diferencia significativa. Se ha sugerido ubicar a este tipo de alumnos en un lugar cercano al profesor de tal forma que pueda establecer contacto visual y enviar señales al alumno. Para trabajos en equipo el alumno debe rodearse con alumnos a los que no les cueste trabajo concentrarse.

En cuanto al aula "Deben considerarse cuidadosamente la iluminación, el mobiliario, el ordenamiento de las sillas, la ventilación, el despliegue visual, el color, las áreas para relajación y las medidas para bloquear las distracciones en el trabajo estático." (Rief, 2002: 28)

### *Clíma de respeto*

El fracaso o éxito escolar no solo depende de la adquisición de conocimientos y habilidades intelectuales, el desarrollo afectivo es sin lugar a dudas un aspecto determinante tanto para el trabajo escolar como para lograr que el alumno se convierta en una persona segura y equilibrada.

Cabe recordar que la autoestima de estos alumnos es muy frágil debido al rechazo y los múltiples fracasos a los que está expuesto, por tal motivo el profesor debe ser muy cuidadoso en la forma como se dirige al alumno, debe evitar avergonzarlo, humillarlo o hacerle sentir culpable.



"No los ridiculice. La preservación de la autoestima es el factor primordial si realmente se quiere ayudar a estos niños." (Rief, 1999: 28)

El profesor deberá manejar adecuadamente sus propias emociones, debe ser un ejemplo de comportamiento, pues debe modelar las conductas que espera de sus alumnos. Cabe mencionar que si el profesor humilla, ridiculiza, minimiza, etc. al alumno esto propiciará que también sus compañeros lo hagan, pues el ejemplo siempre será mejor que el simple hecho de identificar formas de comportamiento y actitud. El profesor no debe olvidar que las emociones son contagiosas y que las gesticulaciones, volumen y tono de voz, llevan poderosos mensajes emotivos.

Debe tener la capacidad para motivar a sus alumnos, la motivación es un factor fundamental para el aprendizaje y no se origina de manera espontánea, por tal motivo se recomienda que el profesor aplique técnicas de enseñanza creativa, interactiva e

interesante. Por los que necesita tener conocimientos sobre enseñanza multisensorial, aprendizaje cooperativo, enseñanza recíproca, estilos de aprendizaje o en teoría de las inteligencias múltiples. (Rief, 1999:24)



## TUTORÍA

La figura del profesor tutor se implementó pensando en que los adolescentes necesitan, que la escuela secundaria, les brinde un espacio para hablar y reflexionar a cerca de sí mismo. Se pensó en un profesor que además de impartir una asignatura, tenga un tiempo para compartir los problemas grupales y proponga actividades de desarrollo personal. Se propone que este maestro sea sensible, amable y sobre todo muestre disposición para acompañar al adolescente de manera comprensiva y solidaria. Entre otras cosas deberá conocer las necesidades e intereses de sus alumnos así como propiciar el mejoramiento de la convivencia social.

La tutoría "Es un espacio curricular de acompañamiento, gestión y orientación grupal, coordinado por una maestra o maestro, quien contribuye al desarrollo social, afectivo, cognitivo y académico de los alumnos, así como a su forma integral y a la elaboración de un proyecto de vida. (SEP, 2006b:13)

En las funciones que a continuación se mencionan se puede observar que el tutor será de gran apoyo para el alumno con TDAH, es éste quien establecerá una relación mas estrecha con el alumno, le ayuda a asimilar los cambios que implica el ingreso a la secundaria. Por otra parte establece comunicación en reuniones colectivas, con todos los profesores a fin de detectar problemas grupales e individuales, en estas reuniones es donde se puede detectar a los alumnos que presenten algún problema de aprendizaje.



El tutor también a de ayudar en los problemas de integración grupal que pueda enfrentar el alumno con TDAH, de tal forma que el grupo lo acepte, tolere y respete con sus características individuales y no quede aislado del resto del grupo.

Ámbitos de intervención del tutor: (SEP, 2006b)

- La inserción de los estudiantes en la dinámica de la escuela. Es el acompañamiento en la transición de primaria a secundaria por todos los cambios que implica. La forma de organización, las normatividad de la escuela.
- El seguimiento al proceso académico de los estudiantes. Generar mecanismos que le permitan conocer y registrar información de los alumnos, contar con una base sólida para identificar su situación en las diferentes etapas del ciclo escolar e implementar estrategias de intervención y apoyo. Encabezará la organización de colectivos docentes que tendrá como meta diseñar y garantizar dispositivos para apoyar el trabajo de todos los alumnos y prevenir la reprobación y la deserción.
- La convivencia en el aula y en la escuela. Nuevas formas de relación entre los docentes y los estudiantes tiene como fin la convivencia armónica y solidaria que procure la integración de maestros y alumnos La intervención oportuna del tutor en los conflictos que surjan entre alumnos, o entre estos y un profesor o personal de la escuela.
- Actividades exploratorias para identificar situaciones de violencia.
- Orientación académica y para la vida. Contribuir al proceso de autoconocimiento potencialidades aspiraciones y necesidades de formación académica ofrecer escenarios profesionales laborales y académicos.

#### PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DEL ALUMNO CON TDAH.

La participación de los padres es necesaria e indispensable para que el alumno logre un buen desempeño académico. Los padres, dicen Polaino y Ávila (2002), deberán considerarse a sí mismos, como aliados con los maestros en la educación de su hijo.



Los padres deben mantener comunicación constante y eficiente con el profesor tutor, así como con el orientador educativo. Las entrevistas que se establecerán de manera periódica, serán un espacio de retroalimentación donde se expongan el tipo de atención que está recibiendo el alumno, las sugerencias del profesional para mejorar el trabajo académico. Por otra parte el orientador señalará al padre los avances o retrocesos en el desarrollo del alumno, se plantearán los problemas que presentan con compañeros o maestros.

El padre también debe estar informado de los objetivos y contenidos temáticos de cada asignatura con el fin de funcionar como "profesor apoyo" y reforzar los temas que el alumno no logró asimilar durante la clase. *Polaino y Ávila 2002,69*)

En casa los padres deben compartir la responsabilidad de enseñar a los niños habilidades para la organización y el estudio.

Según Rief (1999:75) corresponde a los padres:

- Proporcionar un lugar tranquilo de trabajo, lejos del televisor.
- Proporcionar materiales e iluminación adecuados.
- Prever un lugar y un sistema para controlar con el niño el calendario de tareas asignadas o la hoja de trabajo para el hogar (así como para recibir las notas, las autorizaciones especiales y otras comunicaciones de la escuela).

- Ayudar a establecer el orden de las actividades y la lista de lo que debe hacer por la noche.
- Establecer una rutina tan sistemática como resulte posible (por ejemplo, hacer las tareas para el hogar, cenar, acostarse).
- Asegurarse de que el niño haya guardado los libros, los cuadernos, las carpetas, etcétera, en su mochila para el día siguiente.
- Ayudar a confeccionar listas, horarios, notas recordatorias.
- Recompensar las habilidades para la organización en el hogar.

Los padres de los alumnos con TDAH, dice Scandar (2003,159) "deben reconocer que si ser padres es una tarea ardua y si sus esfuerzos, aun fracasos de por medio, merecen consideración y respeto, lo mismo se les debe reconocer a los docentes."

## PARTICIPACIÓN DE ALUMNO

Actualmente los métodos de enseñanza descansan sobre las teorías cognitivas del aprendizaje, en las cuales el sujeto más importante es el alumno. Desde estas teorías el alumno es el principal protagonista de su propio aprendizaje sea lógico-matemático, físico o social. (Hernández, 2002)



El papel del alumno en el proceso de construcción de conocimientos es indispensable, es él quien asimila, interpreta, valora, relaciona y atribuye un sentido a lo que aprende.

El aprendizaje del alumno no está condicionado únicamente por sus conocimientos previos o estructuras cognitivas, sino que hay otros factores que tienen incidencia considerable en el proceso de construcción de conocimiento. Es decir la manera de abordar una determinada tarea de aprendizaje o las interpretaciones de la misma son procesos internos del propio alumno, sin embargo el origen, la evolución y contexto en el que se producen se encuentran dentro de un ámbito de interacción y comunicación entre personas.

Tomando en cuenta lo anterior el éxito de las técnicas para tratar a los alumnos hiperactivos depende por una parte del contexto y la forma en que se desarrollen y por otra de las características personales, motivación, nivel cultural de cada alumno.

A diferencia de los infantes, los adolescentes en general ponen resistencia a la ayuda psicológica, por tal motivo el alumno debe estar consciente de su problema y tener una actitud de cooperación.

Es muy importante incluir al adolescente en la decisión de tratarlo con medicamentos y estar atentos a los sentimientos y actitudes que presente ante esta situación. Se recomienda analizar con él, de manera frecuente los sentimientos que le causa estar medicado y no mandar mensajes negativos al respecto.

## IV.4 CONSEJOS GENERALES PARA APOYAR A LOS ALUMNOS PROCLIVES A DISTRAERSE<sup>2</sup>

- Haga sentar a esos alumnos muy cerca del maestro lejos de puertas y ventanas.
- Establezca un contacto visual directo con ellos.
- Ni en el escritorio del alumno, ni cerca de sus manos debe haber nada que pueda distraerlo.
- En alumno debe estar sentado entre alumnos atentos y concentrados.
- Emplee el contacto físico para lograr la atención del alumno (por ejemplo una mano en el hombro).
- Reconozca al alumno cuando está concentrado.
- Emplee señales privadas, acordadas con el alumno, para mantener su atención. Por ejemplo tocarse el hombro para indicarle que se sienta correctamente.
- Combinar actividades propiamente escolares con ejercicio para desarrollar inhibición muscular, aprender a relajarse e incrementar la concentración: respiración, atender música.
- Proponer tareas específicas para que las realicen los niños hiperactivos, por ejemplo borrar la pizarra, llevar algún mensaje y practicar ejercicios para reducir la tensión, como golpear rítmicamente el lápiz, balancear las piernas.
- Planificar dramatizaciones y representaciones de historias y cuentos en los que aparecen personajes que se dicen a sí mismos frases como las siguientes:

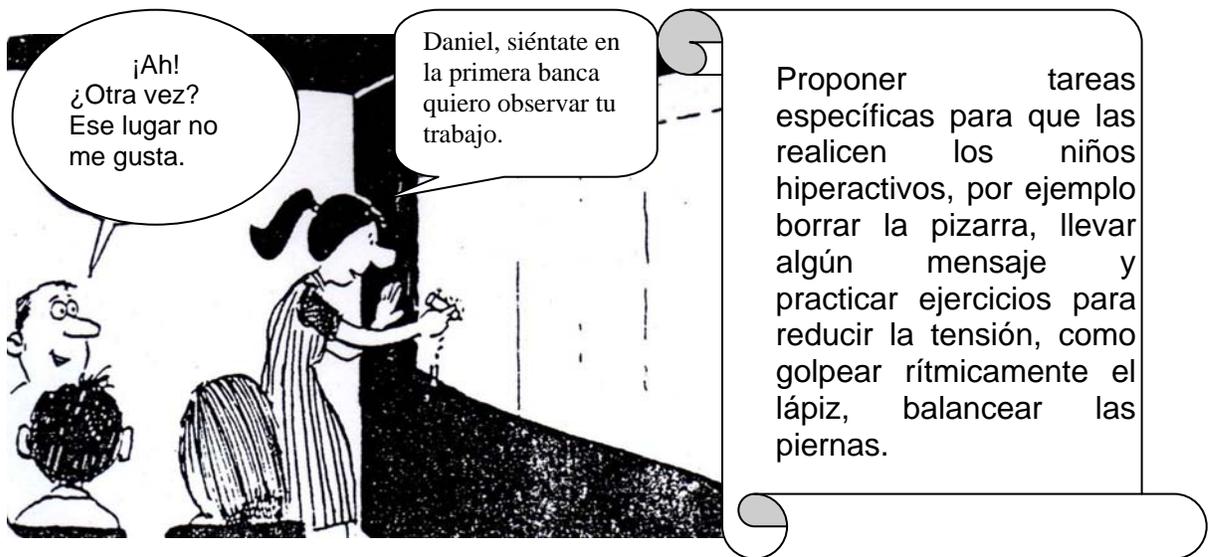
---

<sup>2</sup> Joselevich (2003) Comp. A.D. /H.D. síndrome de déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué es? ¿Qué hacer?, recomendaciones para padres y docentes. Paidós, Buenos Aires.

Moreno, Inmaculada, Hiperactividad. Prevención, evaluación y premención en la infancia, Pirámide, Madrid, 2001. pp. 143

¿Qué es lo que tengo que hacer?, Debo ir despacio y tranquilo, Estoy aprendiendo a relajarme, puedo hablar despacio y suavemente.

- Adaptar la exigencia de la tarea a su capacidad de atención y control estructurado de la tarea en tiempos cortos. por ejemplo si el alumno ha de resolver 5 problemas de matemáticas, procure que los haga en partes.
- Ignorarlo cuando acuda a nosotros sin el trabajo terminado.



## IV.5 TÉCNICAS COGNITIVAS Y DE AUTOCONTROL

Estas técnicas "suponen básicamente que los niños hiperactivos tienen déficit en las estrategias y habilidades cognitivas que se requieren para ejecutar satisfactoriamente las tareas escolares". (Moreno, 2001; 118)

Las técnicas cognitivas requieren que el niño trabaje con su pensamiento, algunas de ellas son:

- Modelos de conducta reflexiva.
- Autoinstrucciones.
- Estrategias para la solución de problemas.
- Técnicas de relajamiento.
- Técnicas para la autoevaluación.

## MODELOS DE CONDUCTA REFLEXIVA.

(Modelado Cognitivo).<sup>3</sup>

### Objetivo:

Ofrecer al adolescente modelos de trabajo, para que éste intente "copiar" el comportamiento adecuado para alguna situación específica o la forma de uso de una técnica determinada.

### Procedimiento:

Tomando en cuenta, la influencia que sobre la conducta del niño, tienen las personas que le rodean, esta técnica consiste en ofrecer al niño modelos de trabajo que muestren conductas reflexivas, que verbalicen en voz alta estrategias para resolver problemas cotidianos.

*Modelado metacognitivo:* El modelo (profesor) muestra la forma en que se lleva a cabo la estrategia y al mismo tiempo hará énfasis en aquellas otras actividades reflexivas (que generalmente quedan ocultas en situaciones normales) relativas a las decisiones que van tomando cuando se enfrenta a una tarea de aprendizaje o de solución de problemas. De esta manera, el alumno observará los pasos en la ejecución de las estrategias y tomará como ejemplo las acciones y reflexiones metacognitivas del modelo.

Las reflexiones metacognitivas en un problema matemático ¿Qué operación necesito? ¿Qué pasa si realizo una suma?, tengo que sumar 6 veces 220. No... ¡ah! Mejor voy a multiplicar  $220 \times 6$ , muy bien. Ya está el resultado es correcto.

---

<sup>3</sup> Hernández, Gerardo, Paradigmas en psicología de la educación, Paidós, México, 1998. P 158



Emplee compañeros que modelen para el alumno los tipos específicos de conducta que a él se le dificultan. Por ejemplo estar bien sentado y concentrado en el trabajo. Rief, 47

## AUTOINSTRUCCIONES<sup>4</sup>

### Objetivo:

Modificar positivamente el comportamiento manifestado por el adolescente hiperactivo, a través del lenguaje interno apropiado para cumplir un objetivo.

### Procedimiento:

Utilizar el lenguaje interno para regular nuestra conducta y organizar el pensamiento se hace de manera común y se va perfeccionando a medida que avanza la edad, sin embargo los jóvenes hiperactivos actúan de manera impulsiva omitiendo procesos o pasos necesarios para llegar a la solución de un problema o la realización de una tarea.

Las autoinstrucciones consisten en modificar las verbalizaciones internas que el niño utiliza en la realización de una tarea y modificarlas por las que resulten apropiadas para la realización del trabajo designado.



<sup>4</sup> Moreno, Inmaculada, Hiperactividad. Prevención, evaluación y premoción en la infancia, Pirámide, Madrid, 2001. pp. 118,119

En un inicio esta técnica se ofrece para el logro de la realización de tareas escolares, sin embargo cuando el adolescente la domina puede ser utilizado en diferentes situaciones y contextos.

Pasos para las autoinstrucciones:

1. Debo saber ¿qué es lo que tengo que hacer?
2. ¿Cómo lo voy a hacer? Estableceré un plan de acción.
3. Recordaré y diré en alto «tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta»
4. Daré la respuesta.
5. Evaluaré el resultado y diré:
  - Si es correcto: "¡Me ha salido muy bien, soy excelente!"
  - Si no es correcto: ¿Por qué me salió mal? (Analizaré en que paso he fallado) « ¡Ah! ¿fue por esto?, lo corregiré para hacerlo mejor.

El quinto paso de las instrucciones (la autoevaluación) es muy importante, debido a la tendencia de estos alumnos a la aprobación de los adultos. Con la autoevaluación ayuda al el adolescente hiperactivo, por una parte a reconocer sus aciertos y triunfos y por otra a aceptar sus errores buscando el origen de los mismos.

#### ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

El entrenamiento en autoinstrucciones se desarrolla en cinco fases o pasos:

1. **Modelado Cognitivo** El maestro modela la conducta que se espera del alumno, es decir realiza la tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta.
2. **Guía Externa Manifiesta** El niño realiza la tarea bajo la dirección de las instrucciones del maestro.

3. **Autoinstrucción Manifiesta** El niño realiza la tarea mientras se dirige a sí mismo instrucciones en voz alta.
4. **Autoinstrucción Manifiesta Atenuada** El niño lleva a cabo la tarea mientras se susurra a sí mismo las instrucciones.
5. **Autoinstrucción Encubierta** El niño realiza la tarea mientras guía se actuación a través de instrucciones internas, privadas.

## ASPECTOS QUE FACILITAN LA TÉCNICA DE AUTOINSTRUCCIONES

Adaptar el procedimiento a las características de los alumnos.

Enseñar la técnica mediante modelado, videos, cómics y otros medios.

Iniciar el entrenamiento en actividades que interesen al adolescente.

Adecuar el ritmo del entrenamiento de acuerdo al avance del adolescente.

Las instrucciones deben ajustarse al lenguaje habitual del adolescente

Estimular el uso de las autoinstrucciones para controlar el comportamiento en situaciones variadas.

Asegurar la implicación del adolescente en el aprendizaje de la técnica.

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

## ESTRATEGIAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.<sup>5</sup>

*Objetivo:* enseñar a los jóvenes a analizar sus problemas y dar soluciones asertivas evitando conductas alteradas, impulsivas o violentas.

### *La técnica de la tortuga*

Esta técnica es recomendada para niños, sin embargo puede utilizarse y dar buenos resultados con adolescentes hasta de 14 años.

---

<sup>5</sup> Orjales, ob. cit. p. 125

*Procedimiento:*

El profesor narra una historia donde una tortuga sabia le explica a otra pequeña que hacer ante una situación difícil. Los consejos de manera general son: meterse al caparazón, respirar profundamente, relajarse y pensar en la situación conflictiva y la forma de resolverla. Debe imaginar varias alternativas, para después elegir la más adecuada.

En el desarrollo de la técnica se pueden ubicar cuatro tiempos:

1. El profesor modela la posición que adopta la tortuga; pegar los brazos al cuerpo, inclinar la cabeza hacia delante, acercar la barbilla al pecho y replegarse.
2. Entrenamiento en relajación, donde el profesor debe guiar al alumno para que aprenda a relajarse con ejercicios de tensión y distensión muscular.
3. Fomentar que el alumno encuentre una solución adecuada, tomando en cuenta las consecuencias y resultados.
4. Poner en práctica la solución elegida.

## HISTORIA DE LA TORTUGA

«En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía... años de edad y justo entonces acababa de empezar...curso. Se llamaba Tortuguita.

A Tortuguita no le gustaba ir al colegio. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada; sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos y pasar las horas muertas viendo la televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le mandaban. Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros al colegio.

En clase, jamás escuchaba la profesora y se pasaba el rato haciendo ruidos que volvían locos a todos. Cuando se aburría, y sucedía muy a menudo, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. Es ocasiones, intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para terminar cuanto antes y se volvía loca de rabia cuando, al final, le decían que la había hecho mal. Cuando esto sucedía arrugaba las hojas o las rompía en mil pedazos. Así transcurrían los días.

Cada mañana, camino al colegio, se decía a sí misma que iba a esforzarse en todo lo posible para que no la castigasen en todo el día. Pero, al final, siempre acababa metida en algún lío. Casi siempre se enfurecía con alguien, y se peleaba constantemente, aunque sólo fuera por que creía que el que le había empujado en la cola lo había hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta del colegio. Además, una idea empezó a rondarle por la cabeza: “Soy una tortuga muy mala”, se decía. Estuvo pensado esto mucho tiempo sintiéndose mal, muy mal.

Un día, cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a Tortuguita y le preguntó qué le ocurría. Tortuguita tardó en responder, impresionada por semejante tamaño. Pero la vieja tortuga era tan bondadosa como grande y estaba deseosa de ayudarla. “¡Hola!”, dijo con voz profunda y atronadora, “voy a contarte un secreto. ¿No comprendes que llevas sobre ti la solución para los problemas que te agobian?”.

Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando. “¡Tu caparazón, tu caparazón!”, exclamó la tortuga sabia, “¡para eso tienes una coraza! Puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu cocha dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución. Así que ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón”.

A tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en el colegio. Llegó el día siguiente y, de nuevo, Tortuguita cometió un error que estropeo su hoja de papel blanca y reluciente. Empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia y, cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como el rayo encogió sus brazos, piernas y cabeza, apretándolos contra su cuerpo, deslizándose hacia el interior de su caparazón. Permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar qué era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha donde nadie podía molestarla.

Cuando por fin salió de su concha se quedó sorprendida al ver su maestra la miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesto furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido controlarse. Luego, entre las dos, resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y barranto con cuidado, la hoja pudiera volver a quedar limpia.

Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter descubrieron que ya no se enfurruñaba cuando perdía en un juego ni pegaba a todo el mundo por cualquier motivo. Al fin de curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron

amigos.» **FIN**

Fuente: Orjales (2001)



## Entrenamiento en solución de problemas interpersonales

La solución de problemas requiere que el alumno defina y delimite el problema, plantee posibles soluciones, analice las consecuencias de cada una y elija la mas eficaz y pertinente, por último que ponga en práctica la solución y verifique los resultados.



Los pasos que debe seguir son los siguientes:

- Observar
- Recoger toda la información
- Analizar toda la información
- Desechar la información innecesaria
- Trazar un plan de acción

- Tantear todas las posibilidades de respuesta
- Predecir las posibles consecuencias de cada respuesta
- Tomar una decisión
- Comprobar el resultado, felicitarse si ha sido positivo
- Preguntarse en qué momento se ha fallado
- Reanalizar la situación
- Reanalizar las posibilidades de respuesta

## TÉCNICAS PARA RELAJAMIENTO.<sup>6</sup>

### RESPIRACIÓN

*Objetivo:* Que el alumno entre en contacto con su respiración para relajarse.

*Procedimiento:*

Para realizar los ejercicios de respiración se pide que el alumno busque una postura cómoda, pueden estar sentados en sus sillas, en el piso, con las piernas cruzadas y los ojos cerrados, tendidos en el piso o incluso de pie.

---

<sup>6</sup> Rief, Sandra. “Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad, P.162

Muestre a los alumnos la respiración consciente y profunda para relajarse. Inhale profunda y lentamente por la nariz, procurando que el aire valla de los pulmones al estómago y exhale lentamente por la boca.

Haga demostraciones y pida a los alumnos que lo hagan.



## DISTENCIÓN DEL CUERPO

Enseñe a los alumnos a aislar diferentes partes del cuerpo y distenderlas con cada exhalación lenta. Por ejemplo, haga que se tienda en el piso. Indíqueles que tensen o contraigan los dedos del pie izquierdo, y a continuación los distiendan con una respiración profunda, se sigue así con cada parte del cuerpo, en orden hasta llegar a los músculos de la cara.

Este ejercicio es muy útil para aquellos jóvenes violentos, nerviosos, tensos, etc. si logran advertir que parte de su cuerpo se tensa con sus emociones estarán en

posibilidad de tensar u distender, hasta estar relajados. De esta forma conseguirán el control de su cuerpo estarán en condiciones para pensar y planificar.

## VISUALIZACIÓN

Guíe a los alumnos a visualizar que, con cada inspiración, su cuerpo se llena lentamente de un agradable color, un suave aroma, una luminosidad, calidez.

Pida a los alumnos que piensen en un color que los haga sentir muy cómodos, apaciguados y distendidos. Hagan que practiquen con los ojos cerrados la "inspiración" de ese color y su envío imaginario a todo el cuerpo.

## IMAGINACIÓN GUIADA

*Objetivo:* Que los alumnos puedan visualizarse en situaciones en las que tienen un buen desempeño y éxito.

*Procedimiento:*

Tiéndanse sobre colchonetas en una posición cómoda y agradable. Respiren profundamente por la nariz y exhalen. Vuelvan a inspirar y comiencen a advertir que el aire que entra y sale los ayuda suavemente a reposar. Cierren los ojos, ayuda a imaginar lo que se les va a pedir.

Puede utilizarse para que el alumno se visualice haciendo algo que desea, por ejemplo antes de hacer un examen, pueden visualizarse detalladamente trabajando con diligencia en la prueba. Alíentelos a verse como personas persistentes, que leen cada punto con cuidado, distendidas, sin ponerse nerviosos, y confiadas en sus respuestas.

Haga que se imaginen terminando la prueba, revisando y controlando sus errores producidos por descuido. Además, hacerles escuchar una música que evoque triunfo o una canción motivadora. Ayuda a generar confianza.



### TÉCNICAS PARA LA AUTO EVALUACIÓN<sup>7</sup>

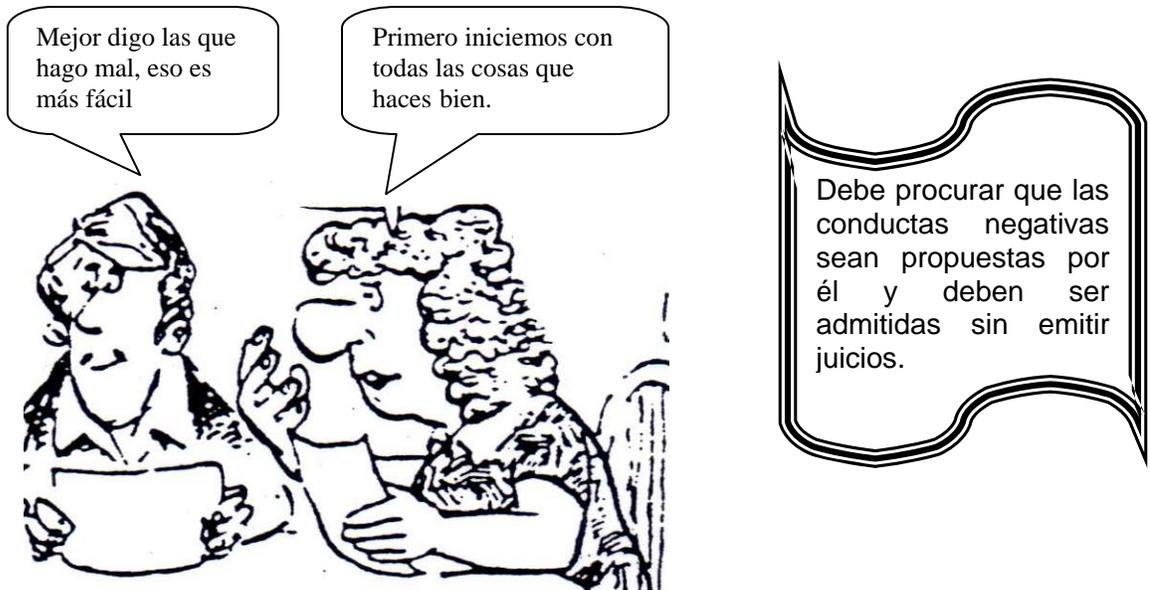
*Objetivo:* Que el niño hiperactivo evalúe sus propia conducta (positiva y negativa), autoevaluar sus estilos de aprendizaje (adecuados e inadecuados) y sus propios errores es decir que tome conciencia de sus dificultades.

Se parte de la dificultad que tienen los niños con TDAH para verse a sí mismos y reflexionar sobre sus conductas

El profesor deberá enseñar al niño hiperactivo a autoevaluar su conducta, ya sea positiva o negativa, sus errores y su aprendizaje. También proporcionará elementos para que acepte y enfrente sus dificultades sin que ello conduzca a un empeoramiento de la autoimagen.

---

<sup>7</sup> Orjales. Isabel, Déficit de atención con hiperactividad, CEPE, Madrid, 2001, 115-118



Auto evaluación general del comportamiento:

Permite tomar conciencia de aquellas cosas que hace bien, de aquellas cosas en que tiene dificultad y de sus propias soluciones.

*Procedimiento:*

1. Realizar junto con el niño una lista de sus virtudes o todas aquellas cosas que hace bien. Es importante ayudarlo a encontrar cosas positivas tanto en su comportamiento escolar, su rendimiento su aspecto físico y su actitud hacia los demás.
2. Elaborar otra lista donde reconozca aquellas cosas que le cuesta hacer. Por ejemplo permanecer sentado en su lugar, respetar las ideas de los demás, anotar en orden las tareas para el hogar, levantar la mano para pedir la palabra, aceptar cuando los demás no quieren compartir algo con él. Nota: se debe tener mucho cuidado en esta parte ya que los niños hiperactivos tiene muy frágil su autoestima y lo que menos quieren es tener una imagen negativa de sí mismos. Debe procurarse que las conductas negativas sean propuestas por él y deben ser admitidas sin emitir juicios de valor.

Tienden a sentirse frustrado ante la mínima contrariedad, viven como una crítica a su mal comportamiento o a cualquier error cometido.

3. El alumno propone y analiza posibles soluciones para cada uno de los aspectos destacados en la lista anterior. Se debe ayudara al niño perfeccionar o a descartar si son incoherentes o irrealizables. Se debe especificar las acciones a realizar y estrategias.

<b>COSAS QUE ME SALEN BIEN</b>	<b>¿CÓMO LO HAGO? ¿CÓMO ME SIENTO?</b>	<b>¿DÓNDE O PARA QUÉ PUEDO UTILIZARLO?</b>

COSAS QUE ME SALEN MAL	EN QUÉ MOMENTOS SE PRESENTAN ESTOS PROBLEMAS.	COMO PUEDO SOLUCIONARLO	QUÉ NECESITO PARA CONSEGUIRLO

### AUTO EVALUACIÓN DE TAREAS ESPECÍFICAS.<sup>8</sup>

*Objetivo:* Permite adecuar sus expectativas a su rendimiento real.

*Procedimiento:*

Se especifica la tarea que se va a evaluar, por ejemplo: exposición de un tema, resolver un examen, un ejercicio físico, simulacro de sismo, participación en un encuentro de básquetbol, etc.

Posteriormente se procede a anotar cada una de las actividades o pasos realizados y valorarlos con una escala de 1 – 5 puntos. Donde se corresponde, 1 – mal, 2 regular, 3 bien, 4 – muy bien, 5 – perfecto.

---

<sup>8</sup> Ibidem, p. 119-121

Las evaluaciones de cada actividad se realizan en conjunto el alumno y maestro y este último deberá de fungir como modelo reflexivo. Deberá acompañar al alumno hasta que el alumno logre una autoevaluación correcta, es decir, que coincida con la situación real.

Cuando el alumno ha comprendido el modo de autoevaluarse, se le estimula para que la aplique por iniciativa propia y cuando es considerado necesario.

Por ejemplo:

### EXAMEN DE MATEMÁTICAS

ACTIVIDADES	PUNTOS
Ejercicio de relajamiento antes del examen; tensión muscular y respiración	1
Tener a la mano todos los materiales que voy a utilizar: bolígrafo, lápices de colores, goma, escuadras, etc.	2
Revisar el examen de manera general	3
Leer detenidamente y seguir las instrucciones	1
Resolver el examen dejando para el último aquellas cuestiones que me impliquen mayor problema.	4
Revisar que haya contestado todo el examen antes de entregarlo.	3
Mantenerme tranquilo y relajado sin mover los pies intensamente o cualquier otra parte del cuerpo.	2

## COMO DAR INSTRUCCIONES<sup>9</sup>

Para que el alumno realice un trabajo es indispensable que entienda lo que tiene que hacer, por lo tanto es muy importante como damos instrucciones.



Explique claramente, con lentitud y concisión.

Hable dando el frente a los alumnos.

De ejemplos de lo que hay que hacer, muéstrele a la clase

No de demasiadas instrucciones al mismo tiempo.



Anote las tareas en el pizarrón y haga que se registren en una agenda especial para calendarizar

Emplee instrucciones multisensoriales, visuales y verbales. Por ejemplo escriba en el pizarrón frases claves, páginas de libro, indicaciones gráficas.



De instrucciones completas, incluyendo lo que usted espera que los alumnos hagan después de haber terminado la actividad.



Verifique que la clase haya comprendido haciendo preguntas específicas. Por ejemplo:

Haga que el alumno repitan o reformulen las instrucciones para estar seguros de que han comprendido.



Espere a que todos le presten atención. Tal vez necesite establecer contacto físico con algún alumno para acaparar su atención.



<sup>9</sup> Ibidem, pp. 125, 126

## REGISTRAR LAS TAREAS PARA EL HOGAR<sup>10</sup>.

Para el alumno con TDAH es indispensable que lleve un registro de materiales y tareas para realizar en casa. Para lo cual se recomienda:

- Organizar un calendario mensual y una agenda diaria.
- No se limite a enunciar las tareas, anote en el pizarrón las tareas para la casa o materiales que hay que traer.
- Cada profesor debe verificar que el alumno haya registrado las tareas en su agenda. Puede apoyarse con un compañero del alumno.
- Procure que las tareas tengan relación con las lecciones que se están trabajando o que se ponga en práctica la información ya proporcionada.
- Cuide que las tareas no sean excesivas, se debe tener en cuenta que el alumno tiene por lo menos siete clases diarias.
- Informe al personal de asistencia educativa si el alumno manifiesta problemas en el cumplimiento de tareas o falta de materiales.

---

<sup>10</sup> Rief, Op. Cit. P.70

## MAYO

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				<b>1</b> Ciencias: Entregar avance del proyecto de investigación	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b> Matemáticas Examen parcial	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b> Español:  Presentación de la poesía en el festival	<b>10</b>
<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b> Ingles: Llevar la historieta utilizando los diálogos.	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>18</b> Artes:  Asistir a la obra de teatro.	<b>19</b>	<b>20</b> Español: Entregar la paráfrasis del libro "El periquillo Sarniento	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b> Entregar el avance para el debate de la 2° guerra mundial	<b>31</b>

**Miércoles 14 de Mayo**

MATEMÁTICAS	Terminar los 5 problemas utilizando el método de ecuaciones
INGLES	Entregar la historieta con los diálogos de las Págs. 47,48 y 49 del libro. Llevar los recortes de oficios y papel lustre rojo y amarillo
CIENCIAS	Llevar 3 fichas de trabajo blancas
ED. FÍSICA	
ESPAÑOL	Avance de la lectura del libro "El periquillo Sarniento"
CIENCIAS	
HISTORIA	Responder en el cuaderno las preguntas de la Pág. 86 del libro

## CONCLUSIONES

El TDAH no es una enfermedad "nueva", tampoco es un invento de algunos psiquiatras para medicar a los niños y jóvenes, es una condición real que afecta a un alto porcentaje de la población escolar. Se considera que en nuestro país del 3 al 20% de niños y jóvenes en edad escolar pueden padecer dicho trastorno.

El TDAH es un fenómeno físico neurobiológico que se caracteriza por manifestar síntomas de hiperactividad, atención lábil e impulsividad. Dichos síntomas se presentan antes de los siete años de edad, permanecen más de seis meses y en diversos ámbitos escolar, familiar, etc.

Aunque se desconoce la causa exacta de su origen, se considera que son factores neurológicos, genéticos y ambientales que interactúan de manera conjunta. Actualmente la teoría más aceptada de la causa del TDAH es la que señala que hay un desequilibrio químico, específicamente en los neurotransmisores que inhiben la transmisión de los impulsos nerviosos, a nivel sinapsis neuronal.

Los adolescentes que padecen TDAH y que no han recibido tratamiento adecuado, presentan problemas graves de conducta y aprovechamiento escolar, baja autoestima y dificultades para relacionarse con sus iguales, sin embargo es necesario considerar que no actúan de forma deliberada, su falta de trabajo y conducta disruptiva no se debe a falta de voluntad, como comúnmente se considera en el ambiente escolar, el comportamiento es generalmente impulsivo, no hay reflexión, por lo tanto es necesario apoyar a estos jóvenes para que empiecen a hacerse responsables de sus conductas y aprendan a controlar sus comportamientos.

Los profesores y personal educativo tenemos la obligación de brindar experiencias de aprendizaje y un ambiente que propicie el desarrollo integral

del adolescente hiperactivo. Un profesor informado, flexible, que respete las características individuales de los alumnos y que contribuya a la autoestima puede ser un gran apoyo para los alumnos con problemas de aprendizaje.

El conflicto que se da en torno al TDAH entre padres y profesores, donde cada uno considera que es el otro el responsable de la conducta del alumno sólo agrava los problemas, padres y maestros deben trabajar en equipo establecer comunicación continua y eficiente para poder establecer alternativas y desde su espacio colaborar de manera conjunta.

## GLOSARIO

**Anfetaminas:** Compuestos químicos que aumentan la actividad.

**Atención lábil:** Atención inestable.

**C I Coeficiente Intelectual:** Cuantificación de la inteligencia y la capacidad de comprensión mediante la realización de tests.

**Comorbilidad:** Cuando dos o más padecimientos, asociados entre sí se manifiestan en el mismo individuo.

**Conductas antisociales:** Conductas que violan los derechos de los demás y las normas destinadas a la estabilidad social.

**Conductas disruptivas:** Forma de actuar molesta, desagradable e inoportuna de una persona ante situaciones concretas.

**Déficit de atención:** Disminución de la capacidad de atender.

**Desajuste bioquímico:** Desequilibrio en la regulación de los neurotransmisores que controlan el funcionamiento del sistema nervioso.

**Distención:** Aflojar lo que está tenso

**Electroencefalograma (EEG):** Exploración neurofisiológica que se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño y durante diversas activaciones.

**Estímulo:** Variación de la energía física, dentro o fuera del organismo, que influye en el sistema nervioso.

**Etiología:** Causa de una enfermedad o desorden o patrón de comportamiento.

**Fenomenológico:** Descripción del fenómeno.

**Gen:** Cada una de las partículas dispuestas en un orden fijo a lo largo de los cromosomas, que determinan la aparición de los caracteres hereditario.

**Hiperquinesia:** Movimiento excesivo.

**Lábil:** Falto de estabilidad, cambiante o débil.

**Labilidad emocional:** Estado emocional desequilibrado, con cambios bruscos de humor que son desproporcionados a las situaciones que lo provoca.

**Labilidad:** Inestabilidad corporal o psíquica, cualidad de ser fácilmente afectado por carga psíquica o moral.

**Metilfenidato:** Estimulante del sistema nervioso central, derivado de las anfetaminas. Su mecanismo de acción en el ser humano aún no se conoce con claridad, sin embargo se presume que ejerce su efecto estimulando el sistema activador del tronco cerebral y la corteza.

**Neurotransmisores:** Proteínas elaboradas por el cerebro, que producen activación o inhibición de las neuronas.

**Perinatales:** Alrededor del nacimiento.

**Síndrome:** Conjunto de síntomas característicos de un estado o enfermedad.

**TC Trastorno de la conducta:** Comportamiento en el que se violan las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás.

**Test:** Prueba que permite estudiar y valorar las aptitudes y los conocimientos de un sujeto, o explorar su personalidad. Prueba que permite juzgar algo en general.

**TOD Trastorno oposicionista desafiante:** Manifestación de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad.

**Tolerancia a la frustración:** Capacidad de una persona para controlar sus deseos, aceptar sus errores y asumir cualquier consecuencia que pueda derivarse del incumplimiento de sus deseos de logro y motivaciones.

**Trastorno:** Alteración o perturbación de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

Diario Oficial, Acuerdo 98, 7 de diciembre de 1982.

Argemí, J. (1994). **El pediatra ante el fracaso escolar**. En: Compilación El niño y la escuela. Dificultades escolares. Leartes. Barcelona.

Barkley, R.A. (1999). **Niños hiperactivos**. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tr. Judith Abad Gil, Juan Antonio Amador Campos, MA. Del Pilar Mora Sanz

Benavides, T.G. (2004). **El niño con déficit de atención e hiperactividad**. Guía para padres. Trillas, México.

Boschin, (2004). **Aspectos psicológicos del ADHD**. En: Moyano J.M. Compilación: ADHD: ¿enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen-humanitas. Buenos aires.

Cruz, M.A. (2006). **El trastorno por déficit de atención, primera causa de consulta externa en los servicios de salud mental en México**. La jornada. 16 de abril. México.

Elías, C.Y. (2005) **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento. Trillas, México.

Granell, E. (1982). **Aplicación de técnicas de modificación de conducta**. Trillas, México.

Hernández, R.G (2002). **Paradigmas en psicología de la educación**, Paidós. México.

I Bes, J.R. (1994). **Dificultades de los niños que son causa del fracaso escolar**. En: compilación El niño y la escuela. Dificultades escolares. Leartes. Barcelona.

Joselevich, E. (2003). Comp. A.D. /H.D. **síndrome de déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué es? ¿Qué hacer?**, recomendaciones para padres y docentes. Paidós, Buenos Aires.

Kosak, S. (2004). **Diagnóstico neurológico del ADHD**. En: Moyano.J.M. Compilación: ADHD: ¿enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen-humanitas. Buenos aires.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1984). Mason Barcelona.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R (1987). Mason Barcelona.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Mason Barcelona.

Martínez, C.G. y Chávez, P. (2003). **Aprender a vivir con TDAH. Guía para padres sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.** Grupo México: Editorial Norma.

Mendoza, E.M. (2003). **¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención?** Una guía para padres y maestros. Trillas, México.

Molina G. S. (1997) El Fracaso en el aprendizaje escolar I, Aljibe, Málaga

Moreno G.I. (2001). **Hiperactividad.** Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Pirámide, Madrid.

Moyano W.J. (2004). Compilación: **ADHD: ¿enfermos o singulares?** Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen-humánitas. Buenos aires.

Moyano, J.M.; Doto, L.; Angelini, C.; Buschin, S. (2004). **El diagnóstico interdisciplinario.** En: Moyano Compilación: ADHD: ¿enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lumen-humánitas. Buenos aires.

Orjales, V.I. (2001). **Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores.** Ciencias de la educación preescolar especial (CEPE), Madrid.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, **Programa para la modernización educativa** México, 1989-1994.

Polaino, L.A. y Ávila E.C. (2002). **Cómo vivir con un niño hiperactivo.** Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Narcea, Madrid.

Rief, F.S. (1999). **Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad.** Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH. Paidós, Buenos Aires.

Sandoval, F.E. (2001). **Ser maestro de secundaria en México: Condiciones de trabajo y reformas educativas.** Revista Iberoamericana de educación. Numero 5, enero- abril. México

Sauceda, G.J. (2005). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** Rompan Filas. Núm. 31. Año 6. UNAM. México

Scandar, O.S. (2003). **A.D. / H.D. y trastornos asociados o comórbidos.** En: compilación Joselevich, E. (2003) compilación: ADHD ¿qué es, qué hacer? Recomendaciones para padres y docentes. Paidós, Barcelona.

Schachar, R.J. (1991). **Síndrome hiperquinético: desarrollo histórico del concepto.** En: Taylor, E.A. (1991). Compilación: El niño hiperactivo. Martínez Roca, Barcelona.

Secretaria de Educación Pública (2002). **Antología de gestión escolar.** SEP. México.

Secretaría de Educación Pública (2006a). **Plan de Estudio 2006**. SEP. México.

Secretaría de Educación Pública. (2006b). **Orientación y Tutoría en la escuela secundaria**. Lineamientos para la formación y atención de los adolescentes. SEP. México.

Serrano, S. (2000). **Tratamiento conductual de un niño hiperactivo**. En Comp. Modificación de la conducta con niños y adolescentes. Pirámide, Madrid.

Stein, D.B. (2004). **Mi hijo se distrae en la escuela. Mitos y realidades sobre el déficit de la atención**, Grijalbo, México.

Taylor, E.A (1991). **Causas y desarrollo de la conducta hiperactiva**. En: Taylor, E.A. (1991). *Compilación: El niño hiperactivo*. Martínez Roca, Barcelona.

Uriarte, V. (1998). **Hiperquinesia**. Trillas, México. Segunda Edición.

Van-Wielink, G. (2004). **Déficit de atención con hiperactividad**. Trillas, México.

Zubillaga, A.C. (1998). **Los alumnos de secundaria ante la disciplina escolar**. En Ynclán, G. (1998). *Compilación Todo por hacer. Algunos problemas de la escuela secundaria*, Patronato SNTE para la Cultura del Maestro Mexicano. México.

#### SITIOS WEB

De la Peña, O. F. (2003). **Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Aspectos Psicosociales**. Memorias del primer congreso internacional de autismo y trastornos de atención. Universidad Autónoma de Guadalajara. Marzo 21-23 En: [http:// www.uaq.gob.mx](http://www.uaq.gob.mx).

Huesca, P. (2005) **Datos y reflexiones acerca del uso de Ritalín para el tratamiento de TDAH**. 5 de octubre. En: <http://www.medigraphic.com.mx>

Poza, D. (2006) **El 80% de los casos de TDAH es de origen genético**. Comunicado de prensa No. 629, 22 de Octubre En: [http:// www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2006](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2006)

Ley General de Educación. Artículo 41. En: [www.sep.gob.mx](http://www.sep.gob.mx).

García Pérez, E. M. y Magaz, A. (2000) **Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad Infantil**. Guía para Padres y Profesionales. En: [COHS.ibor@grupoalbor-cohs.com](mailto:COHS.ibor@grupoalbor-cohs.com)

SEP. **Cuarto Informe Nacional**. Reforma de la Educación Secundaria (RES). Seguimiento a las escuelas, ciclo escolar 2006-2007. [WWW.reformasecundaria.sep.gob.mx](http://WWW.reformasecundaria.sep.gob.mx)