

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias  
Sociales

## TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

“Descripción de un caso de un alumno con  
Déficit de Atención y las estrategias implementadas  
en el ámbito educativo”

Tutor: Dr. Rotman, Manuel.

Autor: Cordero María Juliana

<b>1. INDICE.</b>	
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVO</b>	<b>3</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>4. 1. Desarrollo Histórico</b>	<b>3</b>
<b>4. 2. Definición</b>	<b>5</b>
<b>4. 3. Criterio Diagnostico</b>	<b>5</b>
<b>4. 4. Evolución del niño con TDAH durante su escolarización</b>	<b>9</b>
<b>4. 5. Etiología</b>	<b>10</b>
<b>4. 6. Características primarias y secundarias</b>	<b>13</b>
<b>4. 6. 1. Síntomas Primarios</b>	<b>13</b>
<b>4. 6. 2. Síntomas Secundarios</b>	<b>15</b>
<b>4. 7. Comorbilidad</b>	<b>15</b>
<b>4. 8. Intervención en el TDAH</b>	<b>20</b>
<b>4. 8. 1. Tratamiento farmacológico</b>	<b>21</b>
<b>4. 8. 2. Tratamiento Psico-Educativo</b>	<b>23</b>
<b>4. 8. 3. Tratamiento conductual</b>	<b>23</b>
<b>4. 8. 4. Tratamiento cognitivo</b>	<b>26</b>
<b>4. 8. 5. Intervención cognitiva-conductual</b>	<b>27</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>29</b>
<b>5. 1. Tipo de estudio</b>	<b>29</b>
<b>5. 2. Participante</b>	<b>29</b>
<b>5. 3. Instrumentos</b>	<b>29</b>
<b>5. 4. Procedimiento</b>	<b>29</b>
<b>6. DESARROLLO</b>	<b>30</b>
<b>6. 1. Describir las características específicas del trastorno de déficit de atención que presenta el alumno</b>	<b>30</b>
<b>6. 2. Describir las estrategias implementadas desde el ámbito educativo a partir de su diagnóstico</b>	<b>35</b>
<b>6. 3. Analizar los cambios en las estrategias implementadas a lo largo del tiempo</b>	<b>42</b>
<b>7. CONCLUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>49</b>

## **2. INTRODUCCIÓN:**

El presente trabajo se basó en la descripción de un caso, teórico-práctico, acerca de un alumno con trastorno de déficit de atención. El mismo fue seleccionado a partir de la realización de la práctica V, la cual se llevó a cabo en una institución educativa perteneciente al Barrio Norte.

Dicho trastorno posee tres características centrales: impulsividad, hiperactividad y desatención, el cual afectaría entre un 3-7% de la población en edad escolar.

Debido a la relevancia que tendría el presente trastorno en la edad escolar y de acuerdo a lo observado en el Equipo de Orientación Escolar, se decidió desarrollar un caso donde se observó el trabajo realizado de manera interdisciplinaria entre la familia, escuela y profesionales externos, basándose principalmente en las estrategias implementadas en la escuela.

## **3. OBJETIVOS.**

### **3. 1. Objetivo general:**

- Describir el caso de un alumno con Déficit de atención y las estrategias implementadas dentro del ámbito educativo al cual asiste.

### **3. 2. Objetivos específicos:**

- Describir las características específicas del trastorno de déficit de atención que presenta el alumno.
- Describir las estrategias implementadas desde el ámbito educativo a partir de su diagnóstico.
- Analizar los cambios en las estrategias implementadas a lo largo del tiempo.

## **4. MARCO TEÓRICO.**

### **4. 1. Desarrollo histórico**

Según Joselevick (2008), el trastorno por déficit de atención ha recibido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo. Still en 1902, fue el primero en describir el “daño” cerebral a partir de un informe realizado sobre veinte niños

descriptos como desobedientes y agresivos, observando que presentaban problemas neurológicos. Estableció que este trastorno era más frecuente en varones y que los síntomas principales eran la inatención, hiperactividad, impulsividad, poco control volitivo de los impulsos, dificultad para respetar las reglas, aceptar la disciplina, comportamiento agresivo y con frecuencia actitudes descuidadas.

Luego fue Ebaugh, en Estados Unidos, quién observó un cuadro similar como consecuencia de la epidemia de encefalitis letárgica de 1917/1918. (Scandar, 2007)

En 1947, Strauss y Lehtinen introdujeron el término daño cerebral, sin embargo muchos de los niños estudiados no presentaban daño cerebral demostrable por examen neurológico convencional, dando origen al término “daño cerebral mínimo”. (Gratch, 2000)

En los años 50', se investigaron los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad, sobresaliendo el trabajo de Laufer y Denhoff, quienes consideraron la existencia de un pobre filtro de estímulos a nivel talámico como causa del síndrome, denominado Síndrome Hiperquinético. (Gratch, 2000)

En los años 60', el término “daño cerebral mínimo” fue abandonado ya que fue considerado incorrecto señalar la presencia de daño cerebral en niños que solo presentaban problemas conductuales. (Gratch, 2000)

Clements en el año 1963, introdujo el término “disfunción cerebral mínima”, considerando a la hiperactividad como su síntoma principal. (Gratch, 2000).

En 1972, Douglas y Cols postularon que los déficit asociados a la hiperactividad eran la incapacidad para mantener la atención y el esfuerzo mental; un deficiente control del impulso, incapacidad para modular el nivel de alerta y una fuerte inclinación a buscar la gratificación inmediata. (Joselevck, 2008).

La denominación disfunción cerebral mínima subsistió como término hasta que el DSM-III la renombró como Attention Deficit Disorder (ADD). A fines de la década de los 70' comenzó a difundirse el término, siendo oficialmente reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980, con la publicación del DSM-III. (American Psychiatric Association, 2001).

En 1994, se publica la cuarta versión del Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), en el cual la denominación que se utiliza es: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (American Psychiatric Association, 2001).

#### **4. 2. Definición:**

Según Joselevich (2008), el TDAH es un trastorno de base neurobiológica caracterizado por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad. Estos son considerados síntomas primarios del trastorno.

El TDAH puede ser definido como un síndrome biocomportamental del desarrollo generalmente crónico, de presentación heterogénea, origen innato y/o genético que se manifiesta en el campo de la atención (inatención), en el control de los impulsos (impulsividad) y la regulación del nivel de la actividad (hiperactividad). Estos síntomas se denominan triada diagnóstica (Scandar, 2007).

Según la American Psychiatric Association (2001), las personas que presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, manifiestan una pauta de desarrollo diferente y persistente en algunas de las siguientes áreas: grados inapropiados de atención, impulsividad y/o hiperactividad, las cuales no se ajustan a la edad cronológica del niño.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno neurológico que se caracteriza por una dificultad e incapacidad para mantener la atención ante diversas actividades, cotidianas o académicas, acompañado de un déficit en el control de los impulsos. Es considerado un trastorno crónico, evolutivo y de probable transmisión genética. Se manifiesta en niños, adolescentes y en muchos casos continua hasta la adultez. (American Psychiatric Association, 2001)

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad se define como una condición médica, de base neurológica, suele obstaculizar diversas áreas desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre las que se destacan: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. (Gratch, 2000).

#### **4. 3. Criterio diagnóstico:**

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación internacional, DSM-IV-TR y el CIE-10, entre las cuales existen notables diferencias. (Orjales, 2009)

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son:

A. (1) o (2)

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

Desatención:

- A. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo u otras actividades.
- B. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- C. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- D. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- E. A menudo tiene dificultad para organizar las actividades.
- F. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- G. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- H. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- I. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes durante al menos 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo del niño:

Hiperactividad:

- 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. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescente o adultos puede limitarse a sentimientos de subjetivos de inquietud).
- D. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- E. A menudo “esta en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- F. A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- A. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completada la pregunta.

- B. A menudo tiene dificultades para guardar el turno.
- C. A menudo irrumpe o se inmiscuye en actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteración podrían aparecer antes de los siete años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentarían en dos o más ambientes, por ejemplo escuela/ casa.

D. Deberían existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecerían exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica por la presencia de otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 2001).

Según la American Psychiatric Association (2001), existen tres tipologías del trastorno por déficit de atención e Hiperactividad

1. Déficit de atención-Hiperactividad, tipo combinada: Se diagnostica cuando se cumplen los criterios A1 y A2 durante un periodo de tiempo superior a seis meses.

2. Déficit de atención-Hiperactividad tipo predominantemente desatento: Si cumple con los criterios A1 durante un periodo superior a seis meses.

3. Déficit de atención-Hiperactividad tipo predominantemente Hiperactivo-impulsivo si solo cumple con el criterio A2 durante los últimos seis meses.

Si bien estos subtipos presentan una base clínica en común, diversos estudios realizados en búsqueda de diferencias entre ellos respecto a procesos cognitivos y conductuales han demostrado que los niños con TDHA subtipo inatento presentan mayores dificultades de aprendizaje, los de subtipo hiperactivo impulsivo mayor compromiso conductual y los de subtipo combinado mostrarían ambas dificultades. (Gratch 2003).

Según la American Psychiatric Association (2001), las comparaciones entre los diferentes subtipos del trastorno en cuanto a aspectos conductuales indican que los niños con TDAH subtipo combinado y predominantemente hiperactivo-impulsivo, muestran niveles significativamente superiores de síntomas de trastorno de conducta y

trastorno oposicionista-desafiante que los niños con TDAH que presentan el subtipo con predominio de inatención.

Barkley (2000), sostiene que el trastorno del subtipo hiperactivo-impulsivo es un trastorno en la inhibición de la respuesta que estaría relacionado con las funciones ejecutivas, mientras que los niños con TDAH subtipo inatento tendrían déficits en el procesamiento de la información, especialmente cuando esta se presenta de manera auditiva.

La Organización Mundial de la Salud (1992), propone los siguientes criterios de clasificación en su manual CIE-10.

Déficit de atención:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad:



1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

- El inicio del trastorno no sería posterior a los siete años.
- Los criterios deberían cumplirse en más de una situación.
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad

ocasionarían un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

- No cumpliría con los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Lo que diferencia a ambas clasificaciones son las pautas para el diagnóstico y no los criterios diagnósticos, siendo la CIE-10 más restrictiva al exigir que se cumplan seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, correspondiendo el diagnóstico de la CIE-10 a un TDAH combinado y más severo que en el DSM-IV-TR. (Soutullo & Diez, 2007).

#### **4. 4. Evolución del niño con TDAH durante su escolarización:**

Joselevick (2008), sostiene que es importante que el docente tenga conocimiento de la evolución del niño durante las diferentes etapas de la escolaridad, con el fin de poder brindarle al alumno una enseñanza que se ajuste a sus características personales.

1. Desde el primer año hasta los 3 años:

Se perciben cambios en el temperamento, impulsividad, dificultades en la esfera social, problemas de interacción con pares. (Soutullo & Diez, 2007)

Se observan dificultades para obedecer, respetar las normas, alteraciones en el sueño, lenguaje y en el desarrollo motor. Sin embargo no es posible realizar un diagnóstico a esta edad. (Soutullo & Diez, 2007).

2. Etapa preescolar: Desde los 3 a los 6 años.

Si bien no es posible hacer un diagnóstico durante esta etapa, entre el 60 y 70% de los niños diagnosticados posteriormente con un TDAH durante esta etapa presentan un comportamiento diferente al de sus compañeros (Barkley, 2002)

Se observa inquietud motriz, menor intensidad y duración en los tiempos de juegos, dificultades para socializarse, además de sufrir frecuentes accidentes. (Soutullo & Diez, 2007)

3. Etapa escolar: desde los 6 a los 12 años.

A medida que los niños con TDAH van creciendo las repercusiones de sus conductas aumentan de manera negativa y los síntomas se hacen más evidentes. (Barkley, 2002)

A esta edad se producen las mayores consultas a profesionales. Son niños que presentan dificultades para mantener la atención, inquietud motora, conductas impulsivas y agresivas. Como consecuencia suelen ser rechazados por sus compañeros, lo que afecta y repercute de manera negativa en su autoestima. (Soutullo & Diez, 2007)

4. Inicio de la adolescencia: desde los 13 a los 20 años.

Según Joselevick (2008), a medida que los niños con TDAH van creciendo la hiperactividad comienza a disminuir, en cambio la impulsividad y el déficit de atención se mantienen y perdurando en muchos casos hasta la adultez.

Con frecuencia los adolescentes diagnosticados con TDAH, presentan dificultades en la planificación y organización lo que conlleva a un bajo rendimiento escolar, rechazo de sus pares, baja autoestima, implicación en situaciones de riesgo, abuso de sustancias o alcohol y problemas emocionales (ansiedad y depresión). (Soutullo & Diez, 2007)

#### **4. 5. Etiología**

Las investigaciones señalan que el TDAH estaría originado por múltiples causas y cada una contribuiría a la manifestación del trastorno. Las causas más importantes serían: genética, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial y consumo de tabaco o alcohol de la madre durante el embarazo. (Soutullo & Diez, 2007)

Herencia y genética: Diversas investigaciones señalan que el trastorno sería altamente hereditario en su naturaleza. A partir de estudios con gemelos se habría demostrado que el TDAH se transmitiría de forma genética. Si uno de los padres presenta el trastorno la probabilidad de que el niño lo tenga, aumentaría de 2 a 8 veces. Entre hermanos el riesgo aumentaría entre tres y cinco veces. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Tabaco y Alcohol: Las madres que durante periodos superiores a tres meses durante el embarazo han consumido tabaco o alcohol tendrían mayores probabilidades

de dar a luz un bebé que presente las características de un niño con TDAH. Se estima que la probabilidad es de un 30%. (Scandar, 2007)

Factores neuroquímicos: El TDAH sería la causa de una alteración en los genes que codifican a los receptores y transportadores de la dopamina. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Los receptores dopaminérgicos son los más abundantes en la corteza prefrontal, su activación permite que el paciente reconozca la información irrelevante y suprima su procesamiento. Estos receptores también están implicados en la inhibición de la respuesta automática y la impulsividad. Una menor activación de estos receptores se traduce en una disminución de las células piramidales, lo que empeora el rendimiento cognitivo. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Traumas prenatales y postnatales: Existiría evidencia científica de que situaciones traumáticas prenatales y postnatales sobre el sistema nervioso central podrían provocar diversos cuadros neurológicos, pero solo servirían para explicar el 5% de los casos de TDAH. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Los niños con TDAH presentarían una reducción del tamaño cerebral, esta podría ser global o en ciertas áreas cerebrales (corteza prefrontal, cuerpo caloso, ganglios basales y cerebelo). La corteza prefrontal es el área del cerebro responsable de las funciones ejecutivas. Los ganglios basales son los responsables del control de los impulsos, filtran la información que llega al cerebro e inhibe la respuesta automática. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Joselevick (2008) afirma que el sistema dopaminérgico estaría involucrado en el TDAH, ya que el medicamento más utilizado y que demuestra mayor efectividad para tratar los síntomas principales de este trastorno actúa potenciando la acción de la dopamina al inhibir su recaptación.

Las alteraciones en los mecanismos neurobiológicos son de origen hereditario, por tal motivo se define el TDAH como un cuadro neurobiológico. (Joselevick, 2008)

Gratch (2003), sostiene que actualmente la teoría acerca de la etiología del trastorno, sitúa la condición en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel fundamental en la planificación y regulación de la conducta y que permite planificar y anticipar eventos futuros.

Barkley (1999), sostiene que cuando los sistemas cerebrales funcionan inadecuadamente, como sucede en los niños con TDAH los niveles de autocontrol y de la fuerza de voluntad se ven imposibilitados, lo que impide que el niño pueda controlarse a

si mismo. A su vez, sufren un deterioro en la facultad para dirigir la conducta hacia el futuro.

Según Barkley (1997), el TDAH es un trastorno de inhibición conductual, lo que genera de forma secundaria un déficit en las funciones ejecutivas, estas dependen de la inhibición. Como consecuencia del déficit en las funciones ejecutivas se observan un déficit en la capacidad de autorregulación, en el control de la conducta por medio de la información interna y en la dirección de su conducta futura.

Los niños con déficit de atención, presentan incapacidad para inhibir o frenar las respuestas de índoles motoras o emocionales y sustituirlas por otras más apropiadas. (Barkley, 2000).

Según Barkley (2002), existirían diversos estudios que sostienen que, las características principales del trastorno estarían asociadas a una dificultad para inhibir los impulsos y mantener la atención.

La dificultad para inhibir los impulsos, impide que los niños con TDAH puedan operar eficazmente sobre los procesos psicológicos, denominados funciones ejecutivas. Las cuales se describen como, actividades mentales complejas necesarias para llevar a cabo el proceso de planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar los comportamientos necesarios para poder alcanzar metas. Se comienzan a desarrollar a partir del primer año de vida y continúan hasta la adolescencia. Es por medio de ellas que se puede responder mejor a las estructuras y a las normas establecidas como también a las actividades que tienden a distraernos y gobernar las acciones por medio de nuestras propias instrucciones más que por influencias externas. (Barkley, 2002)

Las dificultades que presentan los niños para inhibir los impulsos, entorpece el desarrollo de las funciones ejecutivas, como consecuencias son niños distraídos, olvidadizos y desorganizados. También presentan dificultades para persistir en las tareas y anticipar las consecuencias de sus conductas. (Barkley, 2002)

Barkley (2002), propone cuatro funciones ejecutivas:

- Memoria de trabajo: Está relacionada con la habilidad para retener información, dirigir las acciones presentes y futuras, recordar lo que se debe hacer en un futuro inmediato.
- Lenguaje interno: Hace referencia a la voz interna que uno utiliza para regir el comportamiento. Los niños con déficit de atención e hiperactividad tienen grandes dificultades con esta función, como consecuencia, se ve afectada la autorregulación de

la conducta, la habilidad para seguir reglas, la capacidad para seguir instrucciones y la habilidad para persistir en las tareas.

- **Habilidad para autorregular las emociones y la motivación:** Los niños con déficit de atención e hiperactividad, presentan déficit en el control de los impulsos por lo cual son más propensos a la frustración, suelen mostrar mayores dificultades para controlar la expresión de las emociones y por último, presentan dificultades para mantener la motivación para realizar las tareas en ausencia de recompensas frecuentes.

- **Habilidad para solucionar problemas:** Los niños con TDAH presentan mayores dificultades para sortear obstáculos. Manifiestan una disminución en la capacidad para inhibir o frenar la tendencia a responder a lo que están haciendo o a lo que es más atractivo, esto interferiría con las funciones ejecutivas necesarias para el dominio de sí mismo y para poder dirigir su conducta futura.

Las funciones ejecutivas se organizan de manera jerárquica, en un primer lugar se encuentra la formulización, realización y ejecución de planes. En un nivel superior se encuentran las decisiones, la creatividad y la autoconciencia, o sea, la capacidad de conocerse a sí mismo, lo cual es fundamental a la hora de tomar decisiones, planificar el futuro, realizar planes, pensar y actuar de manera adecuada (Barkley, 2002).

#### **4. 6. Características primarias y secundarias:**

##### **4. 6. 1. Síntomas Primarios:**

Dentro de los síntomas primarios se encuentran:

- A. Inatención.
- B. Hiperactividad.
- C. Impulsividad.

A: La inatención, es el déficit que presenta un sujeto para lograr una performance adecuada en intensidad, mantenimiento, selección y control del foco atencional. En general en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se manifiesta en el curso de tareas cognitivas de naturaleza estructurada y no automática (Scandar, 2007).

Janin (2004), sostiene que los niños que presentan déficit de atención sufren una sobreatención. Se caracterizan por mantener una atención errátil que va de un lugar a otro, de un objeto a otro sin poder detenerse. Como consecuencia, la atención entra en un zapping incesante.

Según Joselevick (2008), los niños con TDAH presentan tanto déficit en la atención sostenida como en la atención selectiva.

Fuster (1995), sostiene que la atención sostenida es la capacidad para mantener la atención durante un periodo de tiempo determinado.

Mientras que atención selectiva, se denominaría al proceso mediante el cual se selecciona la información relevante para ser procesada. (Fuster, 1995)

Según Gratch (2000), los niños con TDAH tienen dificultades para mantener la atención, se distraen fácilmente, salvo frente a aquellas actividades en las cuales se sienten atraídos y sienten interés.

B. La hiperactividad, implica un funcionamiento psicomotriz alto y no adecuado a la edad del sujeto ni al contexto. Existen tres formas de hiperactividad: motora o comportamental, verbal y trastorno del sueño (Scandar, 2007).

Janin (2004), sostiene que la hiperactividad es un exceso de movimiento desorganizado. Esto es considerado una señal, un indicio de conflictivas que muchas veces, no es evidente sino que debe revelarse. Los niños desatentos e hiperactivos convocan al otro, “chocan” con el mundo, quieren estar bajo la mirada del otro y a la vez andan por los bordes de esa mirada.

Según Joselevick (2008), la hiperactividad puede ser motora o verbal, pero para ser considerada inapropiada debe tenerse en cuenta el contexto y si persigue un fin, una meta.

La hiperactividad hace referencia a un despliegue de la motricidad que sobrepasa el rango de lo esperado. Es descrita como un síntoma o pauta de conducta específica que se manifiesta a través de un movimiento corporal constante y desorganizado sin presencia de un fin específico. Suelen ser niños descriptos como nerviosos, inquietos e impacientes. (Orjales, 2009)

Los ambientes estructurados, como por ejemplo el aula, es donde con mayor frecuencia se pueden percibir las conductas hiperactivas, exceso de actividad motora, mientras que frente a ambientes más relajados la agitación disminuiría. Al exceso de actividad se asocia déficits en la motricidad gruesa, que está relacionado con problemas en la adquisición del esquema corporal y en la motricidad fina (Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena & Peyres-Egea, 2003)

C. La impulsividad, se caracteriza por un déficit en el control inhibitorio del comportamiento o la baja performance inhibitoria (Scandar, 2007).

Las dificultades que manifiestan los niños con TDAH para controlar los impulsos y postergar la satisfacción inmediata es una de las características principales del TDAH. Como consecuencia son niños que presentan una baja tolerancia a la frustración y un déficit en el autocontrol, también una limitada capacidad para conocer las consecuencias de sus acciones. (Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena & Peyres-Egea, 2003).

#### **4. 6. 2. Síntomas Secundarios:**

Joselevich (2008), sostiene que como consecuencia de los síntomas primarios los niños con déficit de atención presentan dificultades en diferentes áreas. Estos son considerados síntomas secundarios del trastorno:

- Plano académico: presentan dificultades para quedarse quieto en clase o concentrarse, como consecuencia se ve afectado su rendimiento escolar a pesar de que la mayoría tendría un buen potencial intelectual.
- Problemas sociales: el modo de interactuar de los niños con TDAH intenso y descontrolado, aumenta la posibilidad de conflictos y rechazo tanto por parte de sus pares como por parte de los adultos. Suelen ser niños desobedientes, con dificultades para seguir normas, mandones y entrometidos. Su comportamiento escapa al control voluntario y se relaciona con el alto déficit en la capacidad de autocontrol.

#### **4. 7. Comorbilidad**

Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos que coexisten con la condición diagnóstica a la que se hace referencia, en este caso el Déficit de Atención e Hiperactividad. (Michanie, 2003)

Según Michanie (1996), en los últimos años se ha demostrado que el déficit de atención con hiperactividad se presenta en una gran proporción de los casos combinado con otros trastornos psiquiátricos como ser Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado del Ánimo, Trastornos de Conducta y Trastornos de Aprendizaje.

Desde el punto de vista clínico la comorbilidad tiene influencia sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno.

- Comorbilidad con Trastornos de Ansiedad

Se ha encontrado que alrededor de un 20% de los niños que presentan Déficit de Atención con Hiperactividad presentan severos Trastornos de Ansiedad, el cual suele

manifestarse por medio de lo que se denomina Angustia de Separación, presentando temor patológico a desprenderse de sus padres, pesadillas acerca de ese tema, miedo a que sus padres sufran algún tipo de accidente cuando ellos no se encuentran presentes, dificultades para dormir solos y se rehúsan a participar en actividades que impliquen pasar tiempo fuera de sus casas, como consecuencia su vida social se vería significativamente limitada. En ocasiones se niegan a ir a la escuela, presentando rabietas o crisis de pánico al momento de tener que separarse de sus padres. No sucede lo mismo con los niños con TDAH quienes pueden negarse a asistir a la escuela debido a la vivencia de fracaso que despierta la misma. Es importante destacar que cuando ambas condiciones, Déficit de Atención e Hiperactividad y Angustia de Separación coexisten, pueden intervenir conjuntamente en la determinación de un mismo síntoma, por ejemplo, en el desarrollo de una fobia escolar.

Los niños con ansiedad generalizada pueden presentar preocupaciones excesivas y constantes respecto a su rendimiento en la escuela, amigos o en los deportes, tienen un temor exagerado a quedar en ridículo y presentan una fuerte tendencia a las somatizaciones como ser cefaleas o dolores abdominales. Suelen ser autocríticos y presentar un temor constante a no ser aceptados socialmente. Es por esta razón que estos niños pueden no mostrar su hiperactividad en la situación escolar o frente a extraños sino solamente en el hogar.

Respecto al tratamiento es importante destacar que cuando se presenta el Déficit de Atención con Hiperactividad asociado con uno o más de estos cuadros ansiosos ambas patologías deben ser tratadas.

Respecto a la medicación es importante tener en cuenta que los estimulantes pueden exacerbar los síntomas de ansiedad, en estos casos los antidepresivos tricíclicos pueden resultar una opción adecuada.

- Comorbilidad con Trastorno del Estado de Animo:

Se calcula que entre un 20% a 30% de los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad presentan a su vez cuadros depresivos mayores.

Los síntomas del déficit de Atención e Hiperactividad, se agravan cuando se desencadena un cuadro depresivo ya que por lo general aumenta el conflicto familiar y la vida social del niño se resiente. Es importante destacar que el riesgo de abuso de alcohol o de drogas es mayor en esta población que en la que únicamente presenta Déficit de Atención e Hiperactividad, también es importante destacar que el riesgo de



suicidio es mayor que en las depresiones no comorbidas debido a la impulsividad presente en los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.

La depresión de inicio en la infancia presenta una mayor carga hereditaria y una mayor severidad que la que comienza en la vida adulta. En la primera existe una mayor tendencia a la cronicidad, el 70% de los niños afectados recae en un lapso de cinco años y el 30% evoluciona en el tiempo hacia la enfermedad maníaco depresivo.

Existe una alta incidencia de depresión entre los padres y hermanos de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad a partir de estudios realizados sobre familiares directos de niños con TDAH.

Este tipo de asociación (TDAH y Depresión) suele empeorar el pronóstico del TDAH tanto en el mediano como en el largo plazo, complicando la respuesta terapéutica (farmacológica y psicosocial). En presencia de una depresión los estimulantes pierden su eficacia. Por otro lado es importante destacar que las estrategias que los padres ponen en práctica durante los programas de orientación y entrenamiento cognitivo-conductual no originan los cambios deseados en la conducta del niño a diferencia de lo que sucede en el Déficit Atencional con Hiperactividad sin este tipo de comorbilidad.

En relación con el tratamiento se debe abordar en primer lugar el trastorno depresivo, combinando psicoterapia con medicación antidepresiva. Es importante teniendo en cuenta la alta incidencia familiar de la depresión infantil, indagar si alguno de los padres esta cursando una depresión para orientarlo a un tratamiento, ya que esto suele ocasionar un alto grado de tensión y conflicto familiar, mayor irritabilidad dirigida hacia el niño y menor apoyo emocional. Todos estos factores intervienen en la aparición y mantenimiento del trastorno depresivo en el niño.

Existe otro subgrupo de pacientes que resulta ser extremadamente difícil de manejar, ya que su hiperactividad e impulsividad suele ser muy severa desde muy temprana edad. Suelen presentar altos niveles de agresividad y violencia que culminan con ataques de rabia y descontrol los cuales se extienden durante varias horas y suelen finalizar con episodios de llanto y autorreproches. Los padres de estos niños refieren que su ánimo es muy cambiante e impredecible, oscilando entre la irritabilidad y la depresión varias veces en el mismo día, sin que existan periodos prolongados en el que el ánimo del niño se encuentre estable.

Este tipo de cuadro clínico ha sido definido como un Trastorno Bipolar de inicio temprano, el cual afecta entre el 10% y el 14% de la población clínica de pacientes con

Déficit de Atención e Hiperactividad. Las investigaciones indican que cuando el trastorno maníaco depresivo tiene comienzo en la niñez sus síntomas suelen ser crónicos (sin episodios distintivos de manía o de depresión separados por períodos de estabilidad emocional) y mixtos (síntomas maníacos y depresivos coexistiendo en el mismo momento).

Estos pacientes, a comparación de los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad no bipolares, ven más afectado su funcionamiento psicosocial, tienen una mayor tasa de incidencia de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de conducta y suelen empeorar sus síntomas con la medicación de primera o segunda línea para el Déficit de Atención e Hiperactividad.

El tratamiento farmacológico es muy complejo en estos casos y requiere en primer lugar estabilizar el ánimo para poder luego en un segundo paso abordar el Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Comorbilidad con Trastorno de Conducta:

Los trastornos de conducta son los problemas de comportamiento que debido a su persistencia y a la afectación que producen en la vida del niño y en la de su familia, constituyen entidades clínicas definidas.

Son el trastorno oposicionista desafiante y el desorden de conducta (conducta antisocial). Los cuales se asocian al Déficit de Atención e Hiperactividad en un 20% a un 40% de los casos. Estos niños suelen sufrir mayor rechazo social y con frecuencia suelen ser expulsado de las escuelas.

La conducta oposicionista es un patrón sistemático de desobediencia a las pautas impuestas por los adultos a las que el niño desafía activamente. Este cuadro puede ser un precursor del trastorno de conducta antisocial, el cual representa un cuadro de mayor severidad e involucra un comportamiento agresivo y la transgresión de normas sociales.

En cuanto al pronóstico, la comorbilidad con estos problemas de conducta, en especial con el trastorno de conducta antisocial, aumenta en forma significativa el riesgo de abuso de sustancias y de conductas delictivas en la adolescencia en comparación con la población que presenta Déficit de Atención e Hiperactividad solamente. En estos casos, es frecuente encontrar un alto grado de disfunción familiar, como consecuencia suelen ser padres que manifiestan tener dificultades para hacer cumplir las pautas de disciplina en la crianza de sus hijos o por ausencia de supervisión de la conducta de los hijos o por estableciendo castigos violentos en forma azarosa e inconsistente.

En cuanto al tratamiento, es importante destacar que el abordaje psicosocial, el programa de orientación y entrenamiento a padres es efectivo para disminuir la conducta oposicionista del niño, quien en algunos casos puede también beneficiarse de la psicoterapia individual. En otros casos suele ser aconsejable intervenir sobre todo el sistema involucrado a través de una terapia familiar.

- Comorbilidad con Trastorno del Aprendizaje:

Se denomina trastorno del aprendizaje a aquellas dificultades persistentes en alguna de las siguientes áreas: lectura, aritmética, o escritura en las cuales el niño rinde por debajo de lo esperado de acuerdo a su capacidad intelectual.

Alrededor del 20% de los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad presentan este trastorno asociado, el cual tiene una alta incidencia familiar. Es altamente probable que cuando ambas patologías se encuentren asociadas los problemas en el rendimiento académico se potencien provocando un alto grado de fracaso escolar, aún en niños con un elevado cociente intelectual.

Con respecto al tratamiento, la medicación para el Déficit de Atención e Hiperactividad aumenta los niveles de atención sostenida, por lo tanto de retención de información generando un mejor rendimiento en el tiempo invertido para estudiar, sin embargo esta medicación no es efectiva sobre los síntomas disléxicos, los que se deben a un déficit en el nivel fonológico del lenguaje, esto es, en los procesos de decodificación de la palabra hablada o escrita, por lo tanto se requiere de un tratamiento reeducativo específico.

- Comorbilidad con otros trastornos:

Tics: Los tics son movimientos motores o vocales, repentinos, rápidos, recurrentes y sin un patrón rítmico, de aparición repentina varias veces en el día.

Su modo presentación se divide en simples, cuando comprometen solamente un grupo muscular y complejos cuando involucran varios grupos musculares en la misma acción. Respecto a su evolución pueden ser transitorios cuando duran más de un mes pero menos de un año, o crónicos cuando se extienden por un período mayor de un año.

Los tics crónicos pueden ser motores, vocales, o mixtos siendo estos últimos los que constituyen el síndrome denominado Gilles de La Tourette. Suelen hacer su aparición alrededor de los siete años, alcanzando una mayor intensidad durante la preadolescencia y tienden a disminuir hacia fin de la adolescencia.

En los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad la prevalencia de los tics crónicos simples y del síndrome de Gilles de La Tourette asciende al 10%, por otro lado

alrededor del 50% y el 60% de los niños que presentan el cuadro de Tourette tienen comorbilidad con el Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los niños que presentan este tipo de comorbilidad suelen ver más afectada su calidad de vida por los síntomas del Déficit de Atención e Hiperactividad que por los tics, por lo tanto en general solo es necesario tratar el TDAH no así los tics, salvo en los casos que se vea afectada la calidad de vida de quien los padece.

Retraso Mental: La prevalencia del déficit atencional con hiperactividad es tres a cuatro veces mayor en los niños que tienen retraso mental que en los niños con inteligencia normal. En estos casos los síntomas del Déficit de Atención e Hiperactividad pueden comprometer las capacidades adaptativas de estos niños tornando más difícil aún su educación.

Resulta de vital importancia realizar una evaluación diagnóstica al detectar alguno de los síntomas del TDAH, ya que en estos casos los síntomas del TDAH responden al tratamiento farmacológico, al no ser diagnosticados se estaría privando al paciente de un tratamiento que lo ayude a aprovechar al máximo todo el potencial con el que cuenta.

Michanie (2003), sostiene que la persistencia en el tiempo de los trastornos comorbidos sostiene la idea de que los mismos constituyen verdaderos cuadros psicopatológicos coexistentes del TDAH. Los subgrupos de pacientes con ADHD delineados sobre la base de la comorbilidad tendrían cursos clínicos, factores neurobiológicos, factores de riesgo y respuestas farmacológicas diferentes, por lo tanto es de vital importancia su identificación ya que la misma puede llevar mejor diseño de estrategias de prevención y tratamiento.

#### **4. 8. Intervención en el TDAH:**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es considerado un cuadro psicopatológico complejo donde se ve afectado el sistema cognitivo, social y emocional del niño, por lo tanto el tipo de intervención debe ser lo más compleja posible y abarcar un gran número de dimensiones a tratar. Para ello, se debe incluir educación individual al niño y a su familia, intervenciones conductuales y cognitivas y tratamiento farmacológico. (Orjales, 2009)

Cada plan de intervención debe adecuarse de forma individual a cada niño, para tal fin es importante realizar un proceso de evaluación para obtener toda la mayor información relevante del niño. Se deben tener en cuenta todas las áreas en las que el

niño presenta dificultades y por último valorar el grado de dificultad que presenta en los distintos ámbitos en los que interactúa. (Orjales, 2009)

El tratamiento debe ser multimodal, con estrecha relación entre médicos, psicólogos y profesores. (Orjales, 2009)

#### **4. 8. 1. Tratamiento farmacológico:**

El tratamiento farmacológico, principalmente los psicoestimulantes, son eficaces para tratar tanto la hiperactividad, como los aspectos de tipo cognitivo tales como el déficit de atención, impulsividad, las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo. (Bedard, Jain, Johnson & Tannock, 2007).

En la población de edad escolar como adolescente, los efectos de la medicación pueden ser variada desde la disminución de las interrupciones en clase, hasta un incremento de la atención. También se pueden observar mejorías en las relaciones sociales tanto con los integrantes de su familia como con sus pares. (Diamond, Tannock & Schachar, 1999).

El tipo de medicación utilizada para tratar el TDAH son los medicamentos del tipo estimulante y no estimulantes. Dentro de la farmacología de tipo estimulante se encuentra el metilfenidato y las anfetaminas. El metilfenidato es el medicamento más utilizado en este trastorno. (Bedard, Jain, Johnson & Tannock, 2007)

El metilfenidato es un medicamento de primera elección, estimulante. Es considerado un fármaco seguro que suele ser bien tolerado y puede ser prescrito tanto para niños a partir de los 6 años como para adolescentes, obteniendo una alta efectividad. (Lopez et al., 2009)

El mecanismo de acción del metilfenidato consiste en bloquear la proteína transportadora encargada de recaptar la dopamina en la membrana presináptica, aumentando la concentración de dopamina en la membrana presináptica. (Lopez et al., 2009)

El metilfenidato, potencia la acción de la dopamina, inhibiendo su recaptación a nivel presináptico, produciendo una activación del lóbulo frontal. Esto tiene un efecto normalizador sobre la conducta: focaliza la atención, reduce la impulsividad y controla la hiperactividad. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas son fundamentales en el funcionamiento neuroquímico de los lóbulos frontales por lo tanto, los mecanismos que

estimulan estas áreas estarían afectados en los niños hiperactivos, debido a su pobre control inhibitorio. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Soutullo-Esperon y Mardomingo Sanz (2010), sostienen que al iniciarse el tratamiento se pueden presentar efectos secundarios, que suelen ser leves y transitorios y desaparecer a las pocas semanas. Los más frecuentes son: insomnio, disminución del apetito lo que conlleva a una pérdida de peso, irritabilidad y por último dolor abdominal a estos efectos adversos se agrega la posible presencia de tics motores (Síndrome de Tourette)

Se considera que el beneficio del tratamiento con estimulante en niños y adolescentes con TDAH sería mayor que el riesgo. (Soutullo-Esperon & Mardomingo Sanz, 2010).

Otro fármaco estimulante que suele utilizarse en el tratamiento de TDAH son las sales de anfetamina. Su modo de acción al igual que el metilfenidato, consiste principalmente en la facilitación de la transmisión dopaminérgica. Se administraría por vía oral y las dosis recomendadas son menores que las del metilfenidato. (García-Campayo, Santed, Cerdán & Alda, 2007).

Existen estudios que han demostrado que entre el 20% o 30% de niños y adolescentes no responderían a la medicación con estimulantes, además de no tolerar los efectos secundarios, en esos casos, se plantea como alternativa el uso de fármacos no estimulantes. (Spencer, Biederman & Wilens, 2004).

Existen dos grupos de fármacos no estimulantes: la atomoxetina y los antidepresivos. (Spencer, Biederman, & Wilens, 2004).

La atomoxetina es un fármaco recomendado por la ANPIA (Academia Norteamericana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) junto con el metilfenidato y las anfetaminas para tratar el TDAH en niños y adolescentes. (Spencer, Biederman, & Wilens, 2004).

Su mecanismo de acción consiste en inhibir selectivamente la recaptación de noradrenalina, lo que tendría como consecuencia una mejora en la atención y un ligero efecto antidepresivo. No solo mejora los niveles de atención si no que también reduciría los síntomas depresivos-ansiosos comórbidos. También se habría demostrado una disminución de los síntomas principales del TDAH en el 30% de los niños. Como efecto adverso se identifica somnolencia y dolor de estómago. (Spencer, Biederman, & Wilens, 2004).

Los antidepresivos tricíclicos también pueden ser utilizados en el tratamiento del TDAH, aunque no son considerados de primera elección. Su uso ha sido aprobado en niños mayores a seis años de edad. (Ulloa et al, 2005)

Su mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de noradrenalina. Como efecto secundario se observa estreñimiento, boca seca, temblores y cambios en la tensión muscular. (Ulloa et al, 2005)

Los antidepresivos tricíclicos más utilizados son la imipramina y la desipramina, estos tienen mayor eficacia en el tratamiento de los síntomas impulsivos e hiperactivos. Otros medicamentos antidepresivos que se pueden utilizar para el TDAH son el bupropion y la fluoxetina, los cuales resultarían eficaces en la mejoría de los síntomas de TDAH y la depresión. (Ulloa et al, 2005).

#### **4. 8. 2. Tratamiento Psico-Educativo:**

Las intervenciones psicoeducativas tienen como objetivo tratar diversos componentes: modelado de conducta, manejo de contingencias, entrenamiento en resolución de problemas y autoinstrucciones. Estas intervenciones apuntan a potenciar en los niños el autocontrol. (Molina et al, 2008).

Estas intervenciones se podrían dividir en tres líneas de trabajo: terapia conductual, terapia cognitiva y por último terapia cognitivo-conductual. (Molina et al. 2008).

#### **4. 8. 3. Tratamiento conductual:**

El modelo conductual parte del supuesto de que gran parte de las conductas que llevan a cabo los sujetos es aprendida, por lo que se las puede modificar. Considera que los niños van formando su comportamiento en función de las consecuencias que resultan de dicho comportamiento, por lo tanto se trabaja sobre las contingencias que mantienen las conductas desapropiadas. (Arco, Fernandez & Hinojo, 2004).

El tratamiento conductual tiene como objetivo educar y hacer participes a padres y docentes sobre las características del trastorno, como también de las técnicas y procedimiento que se irán implementando. (Arco, Fernández, & Hinojo, 2004).

Para reducir las conductas problemáticas la técnica que se utiliza es la de ignorar la presencia de las mismas y potenciar las conductas apropiadas, con el fin de que se vayan reduciendo los comportamientos inapropiados e incrementen las apropiadas. (Miranda, Jarque & Rosel, 2006).

En cuanto al ámbito familiar, es importante introducir la psicoeducación y capacitación a los padres para favorecer el aprendizaje de conductas acertadas. El entrenamiento a padres, consiste en que los padres procedan como co-terapeutas y de ese modo logren intervenir y modificar las conductas desadaptativas de los niños, premiando o reforzando las conductas adecuadas y castigando e ignorando las conductas inapropiadas del niño. (Elias & Estañol, 2006).

Esta técnica ha demostrado ser eficaz para tratar la impulsividad, hiperactividad, agresividad, cumplimiento de reglas y aumentar la capacidad atencional. (Elias & Estañol, 2006)

Sin dejar de lado que la autoestima y la autoimagen en los niños con TDAH se encuentra socavada debido a su comportamiento y las reacciones de los demás frente a los mismos, es importante que los padres utilicen el amor, la valoración positiva, la aceptación para modificar los comportamientos y de esta manera mejorar la autoestima. (Ferré-Veciana & Ferré-Rodríguez, 2008)

En cuanto al ámbito educacional se debe hacer hincapié en mantener una comunicación permanente con los profesores, con el fin de capacitar a los mismos para que pudieran implementar estrategias conductuales dentro del aula. (Barkley, 2002).

Las intervenciones conductuales deben apuntar a favorecer la adquisición e interiorización de normas y reglas, para lo cual es necesario que la clase este bien estructurada y que la información que se le presente a los niños con TDAH sea clara y sencilla. (Orjales, 2009)

Una intervención útil y sencilla que puede favorecer la interiorización de normas y reglas es colocar carteles en el aula que sean didácticos y lúdicos para recordar las reglas. Los carteles deben colocarse en lugares del aula que sean visibles. (Scandar, 2007).

En el caso de la atención, una intervención apropiada para que el niño logre mantener la atención por lapsos más prolongados es que el docente presente la información de manera clara, breve y simple. (Scandar, 2007).

Por otro lado, la intervención psicopedagógica tiene como objetivo ayudar al niño para que pueda lograr hacer sus tareas de manera ordenada, como también desarrollar estrategias adecuadas para estructurar el aprendizaje de los niños. Si bien estas intervenciones deben ser aplicadas por profesionales, si esto no fuera posible, los padres podrían ser capaces de hacerlo bajo la supervisión de profesionales. (Elias & Estañol, 2006).



Existen diferentes técnicas comportamentales, las cuales se dividen en dos grupos: técnicas de refuerzo positivo y técnicas de reducción de conductas negativas. (Orjales, 2009)

Dentro de las técnicas de refuerzo positivo se encuentran: el sistema de puntos, reconocimiento social y la atención de los mayores. (Orjales, 2009)

El sistema de puntos consiste en la obtención de puntos cuando se realiza una conducta o comportamiento deseado, así se refuerza una conducta que se pretende que se siga ejecutando. (Orjales, 2009)

En cuando a la técnica de reconocimiento social, ésta consiste en que cuando el niño este llevando a cabo una conducta deseada se lo reconozca frente a sus compañeros, padres o docentes. (Orjales, 2009)

Por último se destaca la atención por parte de los mayores, la cual consiste en que tanto los padres como los docentes se focalicen en las conductas apropiadas. (Orjales, 2009).

Dentro de las técnicas de reducción de conductas negativas se encuentran: el castigo y el tiempo fuera. (Orjales, 2009).

El castigo consiste en retirar las consecuencias que resultan positivas para el niño para reducir la frecuencia de la conducta no deseada. Esta estrategia de castigo no contempla el dolor físico. (Orjales, 2009).

El tiempo fuera, consiste en retirar al niño durante un periodo breve de situaciones que suscitan la aparición de conductas negativas y llevarlo a lugares donde no reciba estimulación. (Orjales, 2009).

Los tiempos de aislamiento deben ser cortos y en lugares apropiados. Esta técnica cumple varios objetivos: detener el conflicto, suprimir la atención que pueda estar manteniendo el mal comportamiento y a su vez permite que el niño se tranquilice y reflexione. (Orjales, 2009).

#### **4. 8. 4. Tratamiento cognitivo:**

Los métodos cognitivos se focalizan en los procesos cognitivos y mentales que regulan la conducta con el objetivo de incrementar la autonomía y autocontrol del niño, resaltando la importancia del lenguaje interno como regulador de la propia conducta. (Elias & Estañol, 2006).

Vygotsky (1977), sostiene que el lenguaje no solo nos sirve para comunicarnos con los demás, si no también para comunicarnos con nosotros mismos y así controlar nuestra propia conducta.

El entrenamiento en autocontrol consiste en, anticipar, analizar y evaluar las conductas y elegir modos de actuar adecuados tanto para el niño como para los adultos. (Luria, 1986)

Las técnicas de solución de problemas tienen como objetivo aumentar el grado de autonomía y desarrollo de habilidades para la autodirección y el autocontrol. Consiste en enseñarle al niño a identificar situaciones-problemas e inhibir la respuesta precipitada, controlando los impulsos. Es importante definir el problema y buscar posibles soluciones. A partir de eso, se debe ayudar al niño a elegir la mejor solución posible sin dejar de lado las consecuencias positivas y negativas. (Luria, 1986).

Greene y Ablon (2006), formulan un Modelos de negociación en situaciones de conflicto que esta destinado al manejo de conductas explosivas.

Este modelo pone énfasis en los antecedentes más que en las consecuencias, postulando que al identificar los desencadenantes de los episodios conflictivos se podrían llegar a tener discusiones proactivas. (Greene & Ablon, 2006)

Lo ideal para enfrentar estos conflictos es intentar alcanzar soluciones satisfactorias para ambas partes, con el fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios, sin descuidar las expectativas de los padres. (Greene & Ablon, 2006)

Para lograrlo Greene y Ablon (2006), proponen los siguientes pasos:

- Empatía: Permite comprometerse y mantener la calma en situaciones conflictivas.
- Problema: se deben incluir las visiones de los padres y los niños. Ambas deben ser clarificadas para que se puedan reconciliar.
- Alternativas: Lo ideal no es brindarle una solución, si no encontrar la mejor solución de manera conjunta, lo que favorece la reflexión.

Este modelo apunta a modificar alguno de los factores que sostienen estas problemáticas como ser: modalidad de procesamiento de la información en el niño, comunicación y modalidad de resolución de problemas en la familia y el manejo de las contingencias comportamentales en los contextos de referencia. (Greene & Ablon, 2006)

#### **4. 8. 5. Intervención cognitiva-conductual:**

Estas intervenciones están dirigidas a trabajar componentes como: memoria, la planificación, autoinstrucciones verbales, entrenamientos en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y modelado cognitivo. (Elias & Estañol, 2006).

Estas intervenciones deben realizarse en el ámbito natural del niño, para ello es necesaria la implicación de padres y docentes. El objetivo es trabajar en conjunto con padres y docentes lo que permitiría ayudar al niño a generalizar lo aprendido y que las conductas deseadas se mantengan en el tiempo. (Elias & Estañol, 2006).

Los autores coinciden llevar a cabo programas multimodales. Diversos estudios han demostrado que la combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales serían más efectivas en la reducción de síntomas y sus efectos más perdurables en el tiempo. (Barkley, 2002).

Los niños con TDAH incrementan sus dificultades en contextos estructurados tanto en lo cognitivo como en lo conductual, por eso es necesario desarrollar estrategias que potencien y favorezcan el despliegue de conductas deseadas y de capacidades académicas. (Scandar, 2007).

Scandar (2007), propone una serie de estrategias que se deben tener en cuenta en cuanto al tiempo: organización de horarios, uso de agenda, módulos cortos de trabajos, descansos entre actividades, evaluaciones menos espaciadas, separación entre anuncios y acontecimientos, tiempo extra en las actividades, entrega de proyectos o asignaciones para el hogar, corte definitivo (dead line), planificación de una rutina moderada.

Sacandar (2007), señala que es importante:

- Proporcionar instrucciones breves, simples y claras,
- Establecer objetivos específicos,
- Sentar al niño cerca del docente,
- Mantener contacto visual,
- Sentado de espaldas al grupo,
- Alejado de distractores,
- Un aula motivadora,
- Moderar hábitos y rutinas sin rigidez,
- Seleccionar compañeros de trabajo que sean tranquilos y asertivos,
- Organizar horarios previsibles,

- Acortar los periodos de instrucción fraccionando la hora de trabajo en dos o tres partes, secuenciar las evaluaciones y tareas.

Scandar (2007), sostiene que es importante trabajar sobre la retroalimentación de su conducta, ya que los niños con TDAH tienen poca conciencia de sus actos o del modo en que suelen verse afectadas las personas que los rodean. Por ello, cuando su conducta sea adecuada es necesario reforzarla positivamente, teniendo en cuenta que así se vería favorecida su autoestima. El docente debe responder a sus conductas positivas inmediatamente después de haber sido emitida, estimulándolo de palabras o con notas en el cuaderno, no se debe abusar de estos reforzadores. El docente debe evitar que se vuelvan repetitivos porque el niño perdería interés.

Se añaden intervenciones en el medio social las cuales deben ser tenidas en cuenta ya que favorecen la relación con pares. Algunas estrategias a tener en cuenta en el medio social pueden ser: fomentar la interacción con compañeros, de modo que estos concurren a su casa para realizar diversas actividades. (Scandar, 2007).

Dentro de las instituciones, una manera de favorecer las interacciones con sus pares es mediante la reestructuración de los recreos, esto se debe llevar a cabo con ayuda de los docentes pautando ciertos juegos o favoreciendo el trabajo grupal dentro del aula, así se puede favorecer que el alumno desarrolle el sentido de pertenencia al grupo. (Scandar, 2007).

## **5. METODOLOGÍA:**

**5.1. Tipo de estudio:** Descriptivo.

**5.2. Participante:**

S., es un alumno perteneciente a una institución educativa privada de la Capital Federal, con una escolaridad de jornada completa. El mismo realizó su ingreso en segundo grado con siete años de edad, proveniente de otra Institución donde llevó a cabo su primer grado. Actualmente S., tiene 12 años y se encuentra finalizando la escuela primaria en la institución.

**5.3. Instrumentos:**

Los instrumentos utilizados para acompañar la descripción del caso fueron:

- Historia pedagógica del alumno.
- Informe Psicodiagnóstico presentado por el profesional externo

- Registro de reuniones con padres llevadas a cabo por el Equipo de Orientación Escolar, las mismas constan en el acta.
- Intervenciones y estrategias realizadas tanto por el Equipo de Orientación Escolar y directivos, presentes en el legajo del alumno.
- Informes realizados por los docentes ya que los mismos indagan sobre el área social, conductual y cognitiva del alumno.
- Conversaciones telefónicas con profesionales externos llevadas a cabo por los profesionales del Equipo de Orientación Escolar que constan en acta.
- Boletines.
- Entrevistas con el Equipo de Orientación Escolar (dos)
- Observación del alumno dentro del gabinete escolar.

#### **5.4. Procedimiento:**

Se realizó la descripción del caso de un niño diagnosticado con Déficit de Atención y se focalizó en las estrategias implementadas en la institución a la cual asiste.

La descripción se llevó a cabo desde el ingreso del alumno a la Institución Educativa, en segundo grado, hasta la actualidad.

Para dicha descripción se contó con el legajo perteneciente al alumno, donde figuraban las estrategias implementadas desde el Equipo de Orientación Escolar, entrevistas llevadas a cabo por el Equipo, tanto con los padres como con los profesionales externos (psicólogos y psiquiatras). Además se tuvieron en cuenta las entrevistas que el Equipo de Orientación Escolar llevó a cabo con S., a modo de seguimiento antes de finalizar la escuela primaria, en las cuales pude estar presente como observadora no participante.

## **6. DESARROLLO.**

### **6. 1. Describir las características específicas del trastorno de déficit de atención que presenta el alumno:**

A partir de la información obtenida por medio de la historia clínica del alumno, los informes presentados por los docentes, Equipo de Orientación Escolar como también por los terapeutas externos se pudo conocer la sintomatología principal que presentaba S:

- Dificultades para mantener la atención,
- Déficit en el control de los impulsos,
- Dificultades para anticipar sus conductas, organizar y planificar.

- Hiperactividad.

Scandar (2007), denomina a este grupo de síntomas, triada diagnóstica. Estos síntomas no solo son inapropiados desde el punto de vista evolutivo, si no, tal como sostiene Barkley (2002), repercuten de manera negativa en el desarrollo y crecimiento del niño.

A partir del ingreso de S, a la institución, se comenzó a percibir que no lograba llevar a cabo ciertas conductas esperadas para su edad, como ser: permanecer sentado en la silla, escuchar a los demás, obedecer las reglas, inhibir las conductas impulsivas, organizar las acciones, seguir instrucciones, jugar con sus compañeros, todas éstas serían esenciales para superar de manera exitosa la etapa escolar.

Como sostiene Orjales (2009), la escolarización tiene un impacto importante sobre las dificultades de estos niños y sería la mayor fuente de preocupación y ansiedad para ellos y para sus padres.

Tal como sostiene Lopez (2009), las primeras dificultades que presentan los niños con déficit de atención e hiperactividad comienzan al iniciar la escolarización.

En el caso de S., desde su ingreso a la institución, se comenzó a observar: frecuentes episodios de olvidos, problemas de conducta, dificultad para seguir instrucciones y también déficit atencionales que a medida que fue creciendo se fueron incrementando.

Respecto a la atención, sus mayores dificultades se presentaban frente a aquellas actividades que no eran de su interés, también para organizar, persistir y finalizar las tareas. Esto traía aparejado un gran desgaste tanto para los maestros como para los padres, quienes debían estar permanentemente supervisando cada una de las tareas, para que S., lograra finalizarlas. Sin la supervisión del adulto, S., se distraía frecuentemente y ante la primera dificultad abandonaba y dejaba inconclusas las actividades.

Los docentes en más de una oportunidad han manifestado que parecía ser que S., no escuchaba cuando se le hablaba y que se les hacía muy difícil dar la clase porque el niño no lograba permanecer sentado, permanentemente se lo podía observar deambulando entre los bancos. Como consecuencia, sus compañeros terminaban enojándose, generando un gran rechazo por parte de los mismos, a quienes en varias ocasiones ha llegado a agredirlos tanto verbal como físicamente.

En cuanto a lo referido en el párrafo anterior, la mamá de S., ha comentado que a menudo debía sentarse con su hijo para ayudarlo a realizar sus tareas, ya que S., no lograba hacerlo por sí mismo y perdía mucho tiempo en sentarse y comenzar. Solía

distraerse con facilidad, saltando de una actividad a otra sin lograr finalizar ninguna. Estas dificultades aparecían principalmente frente a actividades rutinarias y estructuradas. Tal como sostiene Bauermeister (2000), las conductas que llevan a cabo los niños con déficit de atención dependen directamente de la situación en la que se encuentran o de la tarea que estén llevando a cabo.

Se ha podido observar que S., se comportaba mejor cuando llevaba a cabo tareas de las cuales disfrutaba, tareas supervisadas por adultos o cuando a su actuar le venía precedido un premio o recompensa.

Como consecuencia de la dificultad que S., presentaba para mantener la atención, se podían percibir altibajos en su rendimiento académico a pesar de ser un niño inteligente.

Polaino-Lorente (1997), sostiene que el TDAH está relacionado con una condición que dificulta el aprendizaje escolar. Esta situación crearía una significativa discrepancia entre la inteligencia del niño y su potencial.

Las dificultades que presentaba S., para sostener la atención y autorregular su comportamiento afectaban negativamente su rendimiento académico.

Por otro lado, S., presentaba muchas dificultades para persistir en las tareas o actividades propuestas por los docentes o cuando participaba de juegos junto a sus compañeros. Frente a estas situaciones, S., solía frustrarse rápidamente ante el primer inconveniente, presentando dificultades para sortear obstáculos.

Según Scandar (2007), los niños con déficit de atención presentan dificultades para sostener el esfuerzo y posponer la gratificación, como consecuencia exhiben dificultades para responder a incentivos ofrecidos a largo plazo, por tal motivo necesitan que las recompensas sean presentadas de forma inmediata y con una frecuencia mayor.

También se podría inferir, teniendo en cuenta los frecuentes episodios disruptivos y de agresividad que ha protagonizado desde su ingreso a la institución que S., presentaba dificultades para controlar sus impulsos, lo que lo llevaba a interrumpir a otros en sus actividades y a contestar antes de que se le haya terminado de formular una pregunta. Su impaciencia no le permitía esperar su turno cuando otras personas le precedían, como por ejemplo, hacer filas, esperar para comer y esperar su turno para jugar.

En reiteradas oportunidades ha insultado a sus maestros, compañeros y autoridades del colegio y también ha intentado agredir físicamente no solo a sus compañeros cuando algo no le gustaba, si no también a sus maestros. Sin embargo S.,

presentaba muchas dificultades para hacerse cargo de las situaciones por lo que era frecuente observarlo culpando a otros de sus acciones. S., solía actuar sin previa reflexión y sin anticipar las consecuencias de sus actos.

Su impulsividad lo ha llevado a violar normas sociales, esto no lo hacía porque no las conocía o porque no pusiera empeño en observarlas, sino como sostiene Orjales (2009), los niños con TDAH tienen en su constitución dificultades para inhibir sus impulsos, por lo que terminarían haciendo lo que saben que no deberían hacer.

En el momento de actuar, su impulso podía más que cualquier otra consideración. El niño no presentaba problemas de memoria ni falta de voluntad para actuar correctamente si no que su dificultad consistía en actuar de forma apresurada, esto lo llevaba a cometer muchos errores, afectando no solo a él si no también a los demás.

Con frecuencia, S., ha estado expuesto a situaciones peligrosas tanto para él como para terceros como ser, arrojar objetos, empujar a compañeros, tal es así que en una ocasión, los padres refieren que a la salida de la escuela se escapo y cruzó la calle sin mirar.

Como respuesta a estas situaciones, desde la institución se tomó la decisión de que S., no asistiera al campo de deportes, se consideró que al ser una actividad desestructurada, al aire libre, podían sucederse situaciones riesgosas. Frecuentemente S., intentaba llamar la atención tanto de sus pares como de sus maestros de manera desfavorable. Orjales (2009), sostiene que una de las características principales de la mala conducta de los niños hiperactivos es la desobediencia, tras la misma se esconde el deseo de llamar la atención de los adultos, aunque sea mediante el castigo o reprimenda. Resulta ser de vital importancia entender este aspecto para lograr modificaciones en la conducta del niño hiperactivo.

Como consecuencia de su actuar, S., presentaba dificultades en sus relaciones sociales, solía ser rechazado por sus pares por el modo inapropiado de interactuar con los mismos, si bien intentaba acercarse a ellos, lo hacía de manera errática, interrumpiendo los juegos, no aceptando las reglas, no logrando esperar su turno o golpeando e insultando a sus compañeros, por lo que terminaba siendo rechazado por los mismos, por lo que se lo podía observar jugando con los compañeros de su hermana dos años menor que él. A esto se le sumó la dificultad para aceptar la derrota, por lo que se infirió que S., presentaba baja tolerancia a la frustración, llevando a cabo conductas inapropiadas, las cuales eran rechazadas y juzgadas por sus pares.



Según Joselevick (2008), el rechazo por parte de sus pares haría que se fortaleciera la autoestima negativa de los niños con déficit de atención y se favorecieran aún más las conductas hostiles frente a los mismos.

A S., le costaba mucho reconocer sus errores, frecuentemente reaccionaba echándoles la culpa a los demás, no entendiendo porque sus compañeros lo rechazan o solían tenerle miedo. Esta situación lo hacía sentir mal, deprimirse o reaccionar atacando. En más de una oportunidad ha manifestado su intención de querer cambiarse de escuela.

Orjales (2009), sostiene que los niños con TDAH en un intento por proteger su auto imagen suelen atribuirse a sí mismos los éxitos, pero no así los fracasos, frente a estas situaciones, los niños tienden a responsabilizar a otros de su mala actuación o a excusarse atribuyendo la responsabilidad a factores externos, fuera de su alcance.

Según Orjales (2009), los niños hiperactivos se encuentran sometidos a un gran número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo, estas situaciones aumentan durante la etapa escolar. La sucesión de situaciones frustrantes en combinación con las escasas experiencias de éxito, producen en el niño un sentimiento de indefensión. Como consecuencia sienten que no tienen las herramientas para hacer frente a las exigencias por lo que se desesperan, tiran la toalla y se niegan a trabajar o a obedecer.

Los padres de S., han comentado, que el terapeuta externo, recomendó el uso de juegos de mesa en familia, para favorecer no solo que S., logre esperar su turno, respetar las reglas, si no también compartir espacios en familia. Al igual que sucedía con sus compañeros S., no lograba esperar su turno y en todo momento quería imponer sus propias normas. Sus padres con el objetivo de impedir que S., comenzara con los berrinches finalizaban dejándolo ganar.

Con respecto a su hermana, se podía inferir que la relación entre ellos era muy conflictiva. En una oportunidad se le consultó a su hermana sobre la relación con S., y ella manifestó que “S. esta loco, me pega y siempre está enojado”.

Según Joselevick (2008), los niños con éste trastorno presentan modos de interactuar intensos y descontrolados, lo que aumenta la posibilidad de conflictos y de rechazo tanto por parte de sus pares como por los adultos. Suelen ser desobedientes, mandones y entrometidos. Su comportamiento escapa al control voluntario, esto esta relacionado con el alto déficit en la capacidad de autocontrol.

Cuando S., ingresó a la institución a los siete años, la hiperactividad era un síntoma muy marcado y frente al desconocimiento hasta ese momento del trastorno que presentaba, generaba un gran enojo en el docente quien lo retaba permanentemente.

Estas conductas aparecían en situaciones en las cuales S., no se sentía atraído por las actividades, solía levantarse de la silla y deambular por el aula en momentos en los que era esperado que permaneciera sentado, por ejemplo durante actividades que proponían los maestros, mientras se explicaba algún tema, actos escolares o hablando excesivamente molestando a sus compañeros cuando estos se encontraban realizando alguna actividad.

Según Janin (2004), la característica fundamental del tipo de movimiento propio del trastorno del déficit de atención con hiperactividad, consiste en movimientos sin ningún propósito aparente, en circunstancias inapropiadas. Los movimientos del niño hiperactivo son diferentes, no persiguen ningún patrón, y ninguna razón aparente.

Sin embargo la hiperactividad ha ido desapareciendo a medida que S., fue creciendo.

Según Joselevich (2008), es frecuente observar que a medida que los niños van creciendo, la hiperactividad comienza a disminuir, pero no sucedería lo mismo con la atención e impulsividad.

Por último, según Michanie (2003), el 65% de los casos del Déficit de Atención e Hiperactividad aparece asociado con otras patologías, entre ellos Trastornos de Conducta, Trastorno del Estado de Animo, Trastornos de Ansiedad, Tics crónicos y otros Trastornos del Aprendizaje. Teniendo en cuenta estos porcentajes es importante poder determinar si existe en el caso de S., comorbilidad con alguno de estos Trastornos tomando en cuenta los datos que constan en la historia clínica del niño. Esto es importante porque los niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad asociado con otros Trastornos revisten mayor gravedad, ya que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida (familiar, social, y académica) y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH puro. Desde el punto de vista clínico la comorbilidad también tiene influencia sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno

**6. 2. Describir las estrategias implementadas desde el ámbito educativo a partir de su diagnóstico:**

Teniendo en cuenta que las mayores dificultades que presentó S., fueron tanto en la atención como en la impulsividad, la mayor parte de las estrategias que se han ido implementando, desde el ámbito educativo estuvieron destinadas justamente a mejorar estos síntomas, puesto que el equipo, compuesto por el Servicio de Orientación Escolar, profesionales externos y docentes los consideraron de mayor relevancia.

Para comenzar en base a lo establecido por el DSM-IV (2001), el tipo de déficits de atención que presentaría S., es el del tipo combinado ya que cumpliría con los criterios establecidos. Para tal diagnóstico se requiere de la existencia de síntomas de desatención y de impulsividad-hiperactividad durante un tiempo superior a los seis meses.

Según Joselevick (2008), las grandes dificultades que presentan los niños con déficit de atención e hiperactividad tanto en el plano social, emocional y académico hacen que el tratamiento sea complejo, adecuándose a la particularidad de cada niño. El tratamiento con mayor efectividad es el tratamiento multimodal, el cual contempla:

1. Tratamiento Farmacológico.
2. Tratamiento Cognitivo-Conductual.

La medicación juega un rol muy importante en el tratamiento de TDAH, sin embargo en la mayoría de los casos sola no alcanza y debe ser complementada con terapias auxiliares, a esto se denomina tratamiento multimodal. Dicho tratamiento debe incluir, entrenamiento a padres, intervención a nivel académico y escolar y medicación específica. (Orjales, 2009).

Una vez detectadas las dificultades que presentaba S., tanto en lo académico como en lo social, se optó por trabajar de manera conjunta: Equipo de Orientación Escolar, docentes, terapeutas externos, padres y directivos del colegio.

Se establecieron una serie de estrategias donde se focalizó principalmente en la importancia de que S., realice psicoterapia, por otro lado, se acordó con los padres en que se trabajaría con él fuera del aula durante un tiempo, con el objetivo de que pudiera ir alcanzando las metas de aprendizaje establecidas. También se enfatizó en la importancia de lograr un compromiso claro por parte de los padres e instruir a los docentes para que estos tengan un rol activo.

Se acordó que sería apropiado realizar entrevistas bimestrales con los padres, para lograr de esta manera un seguimiento e ir evaluando de manera conjunta los avances que se pudieran ir observando en S., como también aspectos a mejorar.

Por otro lado se establecieron las estrategias que debían llevar a cabo los docentes, como ser: acortar los módulos de trabajo de esta manera S., podría mantener la atención por tiempo más prolongados y se favorecería su actitud hacia las tareas. Dicho procedimiento se ajusta a lo propuesto por Scandar (2007).

Las mayores dificultades de S., se hicieron presentes durante la tarde, se debía tener en cuenta que la institución educativa a la cual asistía es de doble escolaridad, por lo cual S., debía pasar muchas horas en la institución. Por tal motivo se propuso que durante un tiempo S., concurriera solo por la mañana e ir integrándolo de manera paulatina.

En cuanto a las intervenciones a nivel académico y escolar, desde el Equipo de Orientación Escolar se han ido implementado diversas estrategias desde el ingreso de S. Dentro de ellas, se han destacado el manejo del espacio, así lo definiría Scandar (2007) Estas intervenciones consisten principalmente en llevar a cabo modificaciones dentro del aula, permitiendo reorientar la atención.

También se tuvo en cuenta el lugar donde debía sentarse S., en la clase, para tal fin se planteó que era importante que S., se sienta cerca del docente, de espaldas al grupo, para que se lo pudiera supervisar permanentemente y a su vez permaneciera alejado de distractores. Scandar (2007), sostiene que, estas intervenciones favorecen la atención y mejoran el rendimiento académico.

Otro punto importante que se tuvo en cuenta en cuanto al espacio, fue sentar a S., no solo frente a su maestro, de espaldas al grupo si no también al lado de aquellos compañeros considerados tranquilos, alejado de niños que lo puedan distraer.

La relación con los docentes solía ser algo conflictiva y distante como consecuencia de los reiterados episodios de violencia, como ser insultar e intentar agredirlos físicamente en reiteradas oportunidades. Se consideró que era importante recomponer dicha relación y que S., entendiera que el docente quería ayudarlo y que estaba a favor de él no en contra. Para tal fin, la estrategia que se implementó fue que el docente le proponga a S., actividades de su agrado, esto favorecería no solo mantener la atención si no también mejorar dicha relación. Otra estrategia que implementó el docente fue seleccionar a S., para que sea su ayudante, esto favorecería a que S., se sintiera querido y valorado por el mismo.

Joselevick (2008), destaca que los niños que presentan déficit de atención e hiperactividad presentan una muy baja autoestima, la cual se iría reforzando a partir de las frecuentes respuestas que reciben por parte de los adultos y pares. Estas respuestas

refuerzan aún más la baja autoestima, desalentando el esfuerzo y favoreciendo las posturas hostiles o defensivas.

Se destacó que era importante que el docente evalúe el nivel de estrés y excitación de S., por lo tanto, cuando el docente observaba que el niño estaba muy inquieto y excitado se lo enviaba por unos minutos fuera del aula, en vez de utilizar el castigo. Procedimiento que se ajustaría a lo propuesto por Scandar (2007), quien denomina esta técnica tiempo fuera.

Según Orjales (2009) el tiempo fuera es una técnica que favorece la reducción de conductas negativas. Consiste en retirar al niño durante un periodo breve de las situaciones que precipitan la aparición de conductas negativas y llevarlo a lugares donde no reciba estimulación.

Por otro lado, se consideró importante que el docente cuando observaba que S., realizaba comportamientos positivos, debía resaltarlos, premiar esa conducta, no así cuando se encontraba llevando a cabo comportamientos inapropiados. En esos casos no se lo debía castigar frente a sus compañeros, si no hablar con él en forma privada ayudándolo y favoreciendo a la reflexión. Tal como sostiene Gratch (2003), es importante que padres o docentes se focalicen en las conductas consideradas apropiadas, resaltándolas para lograr que se incrementen.

En cuanto a la relación con pares, S., ha tenido muchas dificultades para mantener relaciones cordiales. Polaino-Lorente (1997), destaca la importancia que tiene sentirse parte de un grupo. El grupo es fuente de seguridad y autoestima. Es por tal motivo, que se consideró importante trabajar sobre este aspecto creando circunstancias que favorecieran la relación con pares.

El Equipo de Orientación Escolar se propuso trabajar con el grupo tanto en el aula como en los recreos. En el aula, creando pequeños grupos de trabajo, lo que favoreció que el niño sienta que formaba parte del grupo, que pertenecía y que era importante dentro del mismo. En cuanto al trabajo que se llevó cabo en los recreos, se tuvo en cuenta que con frecuencia se lo podía observar jugando con los compañeros de su hermana y no con los suyos, manifestando que sus compañeros no lo querían y lo molestaban todo el tiempo.

Barkley (2000), sostiene que es frecuente observar que los niños con TDAH a menudo tienen dificultades para reconocer sus errores, depositando la culpa siempre en los demás.

Para lograr que S., comenzara a interactuar de manera más asertiva con sus compañeros y se sintiera parte del grupo, se estructuraron los recreos, mediante la organización de juegos.

Según Scandar (2007), los juegos que se deben implementar deben estar siempre supervisados por adultos, para no perder el objetivo del mismo.

Por otro lado, se resaltó la importancia de que los padres de S., también contribuyan a favorecer y fomentar la vida social del niño invitando a compañeros a jugar o realizar la tarea a su casa.

Es importante destacar que S., presentaba muchas dificultades para controlar sus impulsos, pensar antes de actuar y anticipar las consecuencias de sus actos, por tal motivo se considero apropiado, que cuando se suscitaran dichas conductas se lo debía retirar rápidamente de la escena y trabajar con él sobre las consecuencias de sus actos. Esto favoreció a que S., lograra comprender cuales eran los desencadenantes de dicha situación y encontrara soluciones alternativas.

Greene y Ablon (2006), sostienen la importancia de poner énfasis en los antecedentes más que en las consecuencias. De esta manera se pueden alcanzar soluciones que permiten reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios.

Esta estrategia permitió lograr que S., comenzara a reflexionar sobre su actuar, facilitando la posibilidad de encontrar de manera conjunta posibles alternativas.

Luego de un largo periodo de trabajo S., lograba retirarse de la escena conflictiva y buscar a adultos que lo contengan, entre ellos, el vice-director y el Equipo de Orientación Escolar con los cuales había logrado establecer una relación empática. Greene y Ablon (2006), sostienen que la empatía permite comprometerse con la situación y mantener la calma.

En tercer grado, se modificaron algunas de las estrategias pautadas el año anterior, por ejemplo se decidió que S., se reincorpore al turno tarde, por lo que comenzó a realizar doble escolaridad a la par de sus compañeros.

Esta decisión se tomó a partir de lo informado por el Terapeuta externo, quien planteó que a partir de los cambios que se han implementado en la medicación S., mejoraría tanto su rendimiento académico, como así también a nivel social.

Esto se pudo mantener durante los tres primeros meses, ya que S., volvió a protagonizar graves episodios disruptivos. Por tal motivo se consideró apropiado volver a mantener una entrevista con los padres, quienes señalaron que S., no se encontraba asistiendo a terapia, por lo tanto no estaba tomando la medicación. Desde el Equipo de

Orientación Escolar se decidió reforzar la importancia que tenía la psicoterapia, como así también la medicación.

Durante este tiempo se lograron muchos avances en el área social. Desde la institución se hizo mucho hincapié en este aspecto, continuando con las estrategias pautadas durante el año anterior.

Se siguió trabajado intensamente sobre la dinámica grupal, estableciendo pequeños grupos de trabajo tanto dentro del aula, como también otorgando tareas grupales para el hogar.

Desde la institución se trabajó intensamente para lograr que S., se sintiera más integrado, más seguro, lo que trajo aparejado efectos inmediatos en su autoestima. Como sostiene Joselevick (2008), a los niños con TDAH conviene ofrecerles metas posibles, de lo más fácil a lo más complejo, ya que son los pequeños logros los que permitirían que aumente en él la autoestima.

En cuarto grado, continuaron los avances en la relación con sus pares, situación que motivó a que se lo incorporara al campo de deporte, siendo una manera de premiarlo por su comportamiento. El mismo se le había sido suspendido desde su ingreso a la institución.

Previo a llevar a cabo la incorporación de S., al campo de deporte se consideró importante proporcionarle a los docentes de Educación Física información sobre el TDAH, para que tuvieran un panorama más claro sobre la mejor manera de actuar frente a S.

En cuanto a las actividades que debían llevarse a cabo en el campo de deporte se consideró que eran apropiadas aquellas más estructuradas, no por tal motivo dejarían de ser divertidas y atractivas. También se tuvieron en cuenta las actividades que proponía S., situación que lo hacía sentir muy seguro frente a sus compañeros.

Se observó que las mayores dificultades de S., se hacían presentes en el horario de la tarde, protagonizando varios episodios de violencia y grandes dificultades en su rendimiento a nivel académico. Por tal motivo intensificó el trabajo con los docentes del turno tarde, el cual consistió, al igual que con los docentes de Educación Física en brindar información sobre el TDAH.

Como sostiene Joselevick (2008), las conductas de los padres, el amor y el buen funcionamiento familiar como así también el cuidado y la manera de relacionarse y actuar de los docentes, son indispensables para lograr mejorar la calidad de vida de los niños con dicho trastorno.

Al comenzar quinto grado, se observó que había un compañero de S., que lo contenía, que lograba retirarlo de la escena antes que actúe. Se trabajó intensamente sobre el vínculo para reforzar aun más esta relación, mediante distintas actividades que propusieron los docentes: trabajos en grupo, sentarlo a S., no solo en la primera fila del aula, si no también al lado de su compañero, ya que éste lograba alentarlos cuando realizaba conductas apropiadas, a su vez en todo momento intentaba integrar a S., al grupo. Este procedimiento se ajustaría a lo planteado por Scandar (2007).

Los integrantes del gabinete de Orientación Escolar han decidido llevar a cabo una entrevista con el terapeuta externo de S., quien ha comentado que durante estos meses se observaron cambios positivos en el niño pero resaltó la disfuncionalidad de la familia, el padre sería depresivo y la madre se encontraría muy dedicada a su hija menor la cual tendría Síndrome de Down.

El Servicio de Orientación Escolar se comunicó nuevamente con los padres y se les resaltó la importancia que ellos tenían en el tratamiento y que era fundamental que continuaran cooperando, como lo habían hecho durante todos estos años.

Janin (2004), sostiene que el modo de funcionamiento familiar es de suma importancia en la calidad de vida de los niños con TDAH.

En cuanto a lo académico, a pesar de que siguieron los altibajos, éstos no impidieron que S., pasara de año.

Al comenzar su sexto grado, se habló nuevamente con el Terapeuta externo y se planificó de manera conjunta el trabajo que se llevaría a cabo durante ese año, pero nuevamente informó sobre la interrupción del tratamiento de S., mencionando que no lo ha visto desde el mes de diciembre.

Desde la institución se le consultó a los padres sobre dicha situación, informando que si bien S., no estuvo asistiendo a terapia, siguió concurriendo al neurólogo, quien planificó que el niño comenzara el año sin medicación.

Se le preguntó a la mamá, como estuvo siendo el comportamiento de S., cuando debía hacer la tarea en su casa, ella manifestó que debía sentarse con su hijo para que realice las tareas y eso era muy desgastante. Sin embargo, citando a Bauermeister (2000), es fundamental que el niño perciba que sus padres lo quieren, que respetan sus ideas y lo reconocen como un ser importante.

Se resaltó la importancia que tenía para S., que le prestan atención y que se lo reforzara positivamente cuando lograba los objetivos deseados. También se planteó que



era apropiado que el padre compartiera mayor tiempo con su hijo, situación que reforzó y afianzó la relación entre ellos.

En cuanto al ámbito escolar, se mantuvieron las estrategias en torno al espacio, apartándolo a S., cuando protagonizaba algún episodio disruptivo, esto permitió que S., reflexionara y se alejara de las situaciones cuando se sentía desbordado.

Según Greene y Ablon (2006), es importante que se trabaje junto al niño, para que logre reflexionar sobre la situación, no solo para comprender los desencadenantes si no también, para poder de forma conjunta encontrar posibles alternativas. Si se pudiera lograr comprender los desencadenantes de las conductas conflictivas, para lo cual es importante conocer en que contexto, que estaba sucediendo, quienes participaban de la situación, clima afectivo, como estaba el niño, si cansado, hiperactivo, se podrían anticipar dichas situaciones y desplegar actitudes que contribuyan a impedir que sucedan.

El Equipo de Orientación Escolar y el Vice-director han mantenido contacto permanente con S., motivo por el cual la relación entre ellos se afianzó notablemente, lo cual resultó muy beneficioso ya que en las situaciones en las cuales S., se sentía desbordado solía acercarse a ellos.

Desde el gabinete se planteó la posibilidad de que los padres asistieran a talleres de orientación para padres, dicho procedimiento se ajustaría a lo que postula Barkley (2002), quien sostiene que estos talleres tienen una alta efectividad ya que permiten comprender mejor la problemática del niño. A su vez, favorecerían a que se reduzca la sensación de enojo y frustración que sienten los padres.

Al comenzar séptimo grado, los padres informaron que S., cambio de terapeuta, por lo tanto desde el Servicio de Orientación se decidió contactarse con el nuevo terapeuta para informarle sobre el trabajo que se llevó a cabo desde el Equipo de Orientación Escolar con S.

A medida que S., fue creciendo, se trabajó con él y se logró de manera paulatina que comenzara a anticipar las situaciones que sabía que no podía controlar y retirarse de la escena conflictiva, favoreciendo la reflexionar sobre la misma y posteriormente cambiando su foco de atención.

Durante este año, se reforzó mucho el trabajo con los docentes, se focalizó en la importancia de dar consignas claras y establecer pautas claras de convivencia entre todo el curso. Se resaltó la importancia que tenía brindarle a S., feedback permanente cuando cumpliera con las reglas previamente establecidas.

Si bien S. debía realizar las mismas actividades que los demás compañeros, era muy efectivo fraccionar y acortar los módulos de trabajo. Procedimiento se ajustaría a lo postulado por Scandar (2007).

### **6. 3. Analizar los cambios en las estrategias implementadas a lo largo del tiempo:**

A partir del ingreso de S., a la institución se percibieron conductas agresivas, disruptivas y marcadas dificultades para llevar a cabo conductas esperadas para un niño de siete años de edad como ser: permanecer sentado en la silla, escuchar a los demás, obedecer las reglas, inhibir las conductas impulsivas, organizar las acciones, seguir instrucciones, jugar con sus compañeros. Estas conductas generaban altibajos en el rendimiento académico y dificultades en las relaciones con pares y adultos, situación que motivó la intervención de profesionales provenientes de distintas disciplinas, con el objetivo de planificar un Tratamiento Multimodal. Procedimiento que se ajustaría a lo planteado por Polaino-Llorente (1997).

En primer lugar, se privilegió el aprendizaje y se acordó trabajar con S., fuera del aula, con el objetivo de que logre ir adquiriendo el aprendizaje de los contenidos esperados para su edad.

A pesar de que se pudo observar que en el uno a uno S., era un niño que respondía bien, tanto en lo cognitivo como en lo conductual, desde el Equipo de Orientación Escolar se consideró que no se debía descuidar el aspecto social, resaltando la importancia de la interacción con sus pares. Por tal motivo se decidió comenzar a integrarlo al grupo.

Se comenzó a trabajar la integración durante los recreos, pero en una primera instancia esto no funcionó ya que a S., le costaba mucho esperar su turno, siempre quería imponer sus reglas, ante el primer obstáculo comenzaban los berrinches, se enojaba y en ocasiones finalizaba golpeando a sus compañeros. Para modificar dicha situación se decidió que era necesario estructurar los recreos mediante juegos reglados, supervisados por los docentes. Por medio de la estructuración de los juegos S., comenzó a respetar los turnos y a aceptar las reglas, vinculándose de un modo más saludable con sus pares, quienes comenzaron a incluirlo en el grupo, por tal motivo se decidió incorporarlo nuevamente al salón de clases.

Para lograr que su reincorporación al salón de clases fuera exitosa, se llevaron a cabo algunas modificaciones en el espacio. En primer lugar se sentó a S., frente al

docente, de espaldas al grupo, buscando mantener contacto visual con el niño, lo que permitió la supervisión permanente por parte del mismo. Procedimiento que se ajustaría a lo propuesto por Joselevick (2008), quien sostiene que el uso del espacio es importante ya que permite reorientar la atención. Sin bien S., lograba trabajar mejor en clase, las distracciones seguían, por lo que se decidió continuar con la misma estrategia pero a su vez se lo sentó cerca de alumnos tranquilos, que lo ayudaban y estimulaban.

Respecto a los docentes, permanentemente manifestaban lo difícil y desgastante que se les hacía dar las clases. Tenían la sensación de que las situaciones se les iban de las manos, se sentían abatidos, enojados y desvalorizados. Como consecuencia optaban por castigar a S., dándole más tareas, no dejándolo salir al recreo. Sin embargo esta actitud no era en absoluto efectiva, si no que por lo contrario acentuaba la problemática.

Se consideró apropiado que una manera de intervenir en la relación docentes-alumno era formando a los docentes para que tuvieran noción del trastorno que presentaba S. Se organizaron talleres donde participaron todos los docentes de primaria. En el mismo se trabajó proporcionando información sobre el TDAH por medio de videos y testimonios de padres de niños diagnosticados con dicho trastorno.

La información generó que el docente se relacionara de otra manera con el niño, desde el amor, afecto, resaltando y focalizando en las conductas positivas. Anteriormente, sucedía lo contrario, se dirigían hacia él resaltando los aspectos negativos, lo que favorecía el aumento de las conductas inapropiadas.

Joselevick (2008), sostiene que existen maestros animosos, firmes y flexibles, capaces de estructurar y estimular la vida educacional de los niños con TDAH. Estos maestros permiten una satisfactoria inserción escolar y una mejor evolución.

A partir de la información brindada al docente, las conductas disruptivas, la falta de atención e incluso la hiperactividad, eran percibidas por los mismos como consecuencia del trastorno, conductas que se hallaban fuera del control voluntario y generaban comportamientos problemáticos. Por lo tanto se consideró que estas conductas no debían ser castigadas si no, ignoradas y potenciar las apropiadas, lo que permitió que se reduzcan los comportamientos inapropiados y se incrementen los apropiados. Este procedimiento se ajustaría a lo propuesto por Orjales (2009), quien sostiene que ésta sería la mejor técnica para reducir la conducta problemática.

Teniendo en cuenta la relación distante que existía entre S., y sus maestros, después de varios episodios, como insultar o intentar agredirlos físicamente en reiteradas oportunidades, se consideró que era importante recomponer dicha relación.

Para tal fin se planteó que lo fundamental era que el niño se sintiera querido y valorizado por su maestro, lo que trajo beneficios inmediatos en su autoestima. Se le propusieron a S., actividades de su agrado, una de ellas era ser el asistente del maestro, estrategia que también permitía que cuando el docente percibía que el niño estaba cansado, irritado e hiperactivo, se lo enviaba a hacer mandados fuera del aula.

Cuando S., ingresó a la institución se consideró que era apropiado teniendo en cuenta los episodios de violencia que ha protagonizado suspender la asistencia al campo de deporte ya que al ser ésta una actividad al aire libre, más descontracturada, en un campo de deporte alejado de la ciudad, creían que no estaban dadas todas las medidas de seguridad lo que podría precipitar situaciones conflictivas.

Luego del trabajo llevado a cabo con los docentes de Educación Física, con los cuales se pautaron una serie de actividades estructuradas, atractivas y divertidas se incorporó a S., al campo de deporte. En todo momento se tuvieron en cuenta los gustos e interés de S.

Por otro lado, también se tuvo en cuenta que las mayores dificultades de S., se hacían presente durante el turno tarde, tanto en lo académico como en lo conductual. Por tal motivo se acordó llevar a cabo una adaptación curricular y que S., solo asista a la institución durante el turno mañana, por lo tanto se lo exceptuó de la asignatura Inglés. Esta adaptación se llevó a cabo hasta cuarto grado.

Si bien no fue necesario que S., llevara a cabo actividades diferentes al resto sí resultó muy efectivo fraccionar las tareas en pequeños módulos de trabajo, dar consignas claras y otorgarle mayor tiempo de descanso.

Scandar (2007), sostiene que los niños con TDAH que se encuentran realizando un tratamiento adecuado, pueden y deben recibir educación en escuelas formales, más allá de que pueda ser necesario llevar a cabo ciertas modificaciones.

## **7. CONCLUSIÓN:**

El trastorno por déficit de atención es una enfermedad crónica de inicio en la infancia, persistiendo hasta la adolescencia y en muchos casos hasta la vida adulta.

Se caracteriza por una triada sintomática: inatención, hiperactividad e impulsividad, que produce deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social y laboral

En la actualidad el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad afecta alrededor de un 3% a un 7% de los niños en edad escolar, como consecuencia son niños

con un bajo rendimiento académico y que presentan dificultades para interactuar socialmente.

Los ámbitos en donde mayores dificultades presentan los niños con déficit de atención son el hogar y la escuela, ámbitos que reciben el impacto cotidiano de sus comportamientos sintomáticos. Por lo tanto el modo de funcionamiento de la familia y la escuela son de máxima importancia en la calidad de vida de los niños con TDAH, los éxitos y o los fracasos en estos ámbitos repercuten en forma inmediata en su autoestima.

Comprender que les sucede a los niños que padecen TDAH y como deben comportarse los adultos frente a ellos resulta ser una tarea difícil y estresante.

Existen programas para padres y docentes que ofrecen modos de organización y entrenamiento para desarrollar habilidades especiales, ya que son ellos quienes deben ordenar y dirigir la vida cotidiana del niño. Estos programas deberían partir del supuesto de que maestros, padres, psicólogos, psiquiatras y psicopedagogos son aliados en la educación, crecimiento y bienestar del niño por lo tanto deben mantener contacto permanente y trabajar de forma conjunta y coordinada.

Los programas de asesoramiento deben incluir psicoeducación tanto para padres como para docentes. La misma debe contener una descripción de los fundamentos neurobiológicos del TDAH y los comportamientos sintomáticos, asegurándose de que logren comprender la relación entre el TDAH y las dificultades que el niño exhibe a diario en el aula como también las consecuencias que el TDAH conlleva para la vida social y académica del niño. La psicoeducación resulta ser de vital importancia ya que no sería posible llevar a cabo un trabajo exitoso si se desconocen las características del trastorno y la manera en que los síntomas afectan el comportamiento y el rendimiento de quien lo padece.

Se debe destacar que sería fundamental que desde las instituciones se comenzara a tomar conciencia de la prevalencia del trastorno en edad escolar y se actuara en consecuencia, otorgando capacitación a los docentes para que logren identificar síntomas primarios del trastorno, preparándolos para trabajar y acompañar en el desafío del proceso de aprendizaje de niños con TDAH.

Los niños que reciben tratamientos de manera precoz y de forma consistente, combinando acertadamente los recursos disponibles obtienen mejoras significativas y pueden ser exitosos en su vida.

Un recurso muy efectivo con el que puede contar tanto la familia como la escuela con el objetivo de enriquecer las potencialidades del niño que no ha sido tomada

en cuenta en el caso de S., es la posibilidad de contar con apoyo extraescolar. Si bien a partir de las estrategias que se han ido implementando desde la institución se observaron grandes progresos en S., principalmente en lo social, los altibajos en el aprendizaje continuaron durante toda su etapa primaria, tal vez justamente porque no se tuvo en cuenta la importancia de que S., reciba apoyo extraescolar. Es importante destacar que las clases individuales suelen ser muy estimulantes para los niños con TDAH, no solo porque permiten incorporar y ejercitar recursos si no porque el trabajo uno a uno favorece la concentración y el control de la conducta. Contar con la ayuda de un docente para realizar sus tareas hubiera sido muy efectivo no solo para S., por lo antes mencionado si no también para los padres quienes permanentemente mencionaban el desgaste que les generaba el sentarse con su hijo para ayudarlo a hacer la tarea.

En el caso de S., contar con una maestra auxiliar encargada de reforzar el horario más difícil, durante el turno tarde hubiera permitido que no sea eximido del turno tarde desde su ingreso hasta cuarto grado, ya que probablemente con su ayuda los problemas de conducta podrían haber disminuido.

Durante el transcurso de S., en la etapa primaria su suscitaron diversos inconvenientes como dificultades para mantener vínculo fluido y constante con los profesionales externos de S., debido a la reticencia por parte de los mismos para llevar a cabo un trabajo multidisciplinario, el mismo también se vio entorpecido por los padres del niño quienes han decidido cambiar de terapeuta en reiteradas oportunidades como también, modificar y suspender la medicación sin previa consulta. Todas estas situaciones generaban no solo dificultades entre el Equipo de Orientación Escolar y Terapeutas externos a cargo del trabajo multimodal si no también en el rendimiento social y académico del niño.

Se debe destacar, que es importante establecer hábitos positivos y eficaces de comunicación, esto permitiría aliviar muchos problemas y reforzar los vínculos.

El principal obstáculo en el tratamiento de S., con el que debió toparse el Equipo de Orientación Escolar han sido las dificultades en la comunicación con los padres de S. Si bien es importante destacar que nadie esta preparado, ni entrenado para afrontar esta problemática, por lo tanto no se los debe juzgar si no resaltar la importancia de trabajar de forma conjunta. Una forma de favorecer el trabajo conjunto y como consecuencia la comunicación que no ha sido tomada en cuenta desde la institución es la inclusión de los padres en las actividades de la escuela.

Es importante destacar el rol que cumple la familia en el tratamiento de los niños con TDAH. Respecto a S., en una oportunidad el terapeuta externo ha resaltado la disfuncionalidad de la familia. Sin embargo desde la institución no se le ha dado la relevancia que se debía teniendo en cuenta que las características del grupo familiar son de suma importancia para lograr éxito en el tratamiento de los niños con TDAH. Una familia disfuncional, conflictiva y con un alto nivel de estrés, enfrentada a grandes adversidades no podrá ofrecer la estabilidad, atención, estructura y paciencia que los niños con TDAH necesitan. Es importante destacar que el padre de S., padecía depresión y la hermana más pequeña nació con Síndrome de Down. Situación por la cual la madre se encontraba muy dedicada a su hija menor y con frecuencia S., manifestaba que no se le prestaba la atención suficiente. Por tal motivo se resalta que hubiera sido muy apropiado incluir a la familia de S., en actividades que se desarrollaran dentro de la institución para favorecer el vínculo familiar.

A pesar de las dificultades que han existido en la comunicación, fueron muchos los avances de S., desde su ingreso a la institución tanto en lo conductual como en lo académico. Estos progresos han generado una gran expectativa en su paso a la etapa secundaria, pero para lograr que los avances continúen y que la transición sea exitosa, no solo se requiere de la puesta en marcha de dispositivos que se adapten a las necesidades y singularidad de S., si no también de un trabajo que mantenga cierta concordancia y continuidad con el desarrollado durante su etapa primaria.

Es esperable que surjan pequeños retrocesos en lo académico, debido al incremento de materias y profesores, lo que requeriría una mayor organización, normas claras y si fuera necesario contar con la ayuda de un tutor quien lo motive y colabore con S., en su orden cotidiano.

A la hora de planificar y diseñar estrategias se deben tener en cuenta que estas deben ser flexibles y creativas privilegiando los gustos e intereses del niño los cuales cambiarían durante la adolescencia. Es importante destacar que las estrategias que se implementen deben estar en concordancia con la etapa evolutiva del niño.

Otro aspecto a considerar y que no debe ser un dato menor a la hora de diseñar estrategias e interactuar con un adolescente con TDAH es que durante la adolescencia es donde se produce la mayor deserción escolar, ya que son alumnos que están más expuestos al fracaso.

A modo de conclusión, sería importante resaltar que el trabajo que se realizó en este caso en particular desde la institución fue sumamente exitoso, logrando grandes

avances tanto en lo académico como en lo social. Sin embargo, al tomar un solo caso no se puede inferir si la institución educativa actúa con el mismo compromiso y dedicación que evidenció este caso en particular. Tampoco se podría inferir que este modo de proceder sea igual de beneficioso en todos los niños diagnosticados con TDAH teniendo en cuenta que el abordaje siempre dependerá de la singularidad del niño.

Para un futuro trabajo se podría tomar una muestra más numerosa para observar el impacto de la transición de primaria a secundaria sobre los síntomas de los niños con TDAH.

Las situaciones de transición como así también las variaciones psicosociales, suelen ser momentos desestructurados que generan confusión y favorecen los conflictos, por lo tanto anticiparse a esos cambios posibilitaría una respuesta exitosa por parte de los niños, disminuyendo el impacto sobre los síntomas.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

Arco, J.L., Fernández, F.D. & Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Intervención Psicopedagógica. *Psicothema*, 16, 408-414.

American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A. Barcelona.

Barkley, R. A. y Russel, A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Editorial Paidós.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: The Guilford Press.



- Barkley, R. A. (2000). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Editorial Paidós.
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paídos.
- Bauermeister, J. J. (2000). *Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces?*. New York: Guilford Prees.
- Bedard, A. C., Jain, U., Johnson, S.H. & Tannock, R. (2007). Effect of methylphenidate on working memory components: Influence of measurements. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 48, 872-880.
- Capdevila-Brophy, C., Artigas, J., Ramirez, A., López, M., Real, J. y Obiols, J.E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Revista de Neurología*, 40, 17-23.
- Diamond, I., Tannock, R., & Schachar, R. (1999). Response to methylphenidate in children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 38, 402-409.
- Elias, Y. & Estañol, B. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Bases neurológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: MAD.
- Ferré-Veciana, M. & Ferré-Rodríguez, J. (2008). *La otra cara de la hiperactividad: diagnóstico y tratamiento de un síndrome multicausal y multifactorial*. Barcelona: Lebón.
- Fúster, J.M. (1995). *Memory in the cerebral cortex*. Cambridge, Mass: Bradford.
- García-Campayo, J., Santed, M.A., Cerdán, C. & Alda, M. (2007). Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Atención Primaria*, 39, 671-674.
- Gratch, L. (2000). *Trastorno de déficit de atención*. Buenos Aires: Panamericana.

- Gratch, Luis O. ((2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD), Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Greene, R. & Stuart Ablon, J. (2006). *Treating Explosive Kids*. New York. The Guilford Press.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena, M.T. y Peyres-Egea, C. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56, 5-19.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos*. Buenos Aires: Noveduc
- Joselevich, E. (2008). *AD/HD Qué es, qué hacer*. Buenos Aires: Paídos.
- Luria, A. R. (1986). *Lenguaje y pensamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Loro Lopez, M., Quinteros, J., Garcia-Campos, N., Jimenez-Gomez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J.A. & Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*, 49, 257-264.
- Michanie, C. (1996). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Alcmeon* 17, n° 2.
- Michanie, C. (2003) Curso de Actualización. Recuperado el 5 de agosto de 2011 de la base de datos de Pediatría en la red.
- Miranda, A., Jarque, S. & Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical programa t school versus stimulant medication. *Psicothema*, 18, 335-341.
- Molina, B.S., Flory, K., Bukstein, O.G., Greiner, A.R., Baker, J.L., Krug, V., et al. (2008). Feasibility and preliminary efficacy of an after-school program for

- middle schoolers with ADHD: a randomized trial in a large public middle school. *Journal of Attention Disorders*, 12, 2007-217.
- Orjales, I. (2009). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y profesores*. Madrid: CEPE.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Polaino-Lorente, A.; Ávila de Encío, C.; Cabanyes, J.; García Villamisar, D.; Orjales, I. & Moreno, C. (1997). *Manual de Hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Scandar, R. (2007). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Bakley aplicado al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: *Revista Neurológica*. 2005; 40: 358-68.
- Soutullo, C. & Diez, A (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid. Medica Panamericana.
- Soutullo-Esperon. C., Mardomingo Sanz. M. J. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Rustica.
- Spencer, T.J., Biederman, J. & Wilens, T. (2004). Non-stimulant treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 27, 373-383.
- Ulloa, R.E., Arroyo, E., Ávila, J.M., Cárdenas, J.A., Cruz, E., Gómez, D., et al (2005). Algoritmo del tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 28(5), 1-10.
- Vygotsky, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade.

