

competencia social. En F. Silva (ed), *Evaluación psicológica en niños y adolescentes* (pág 441-458). Madrid. Síntesis.

Younger, A.J. y Daniels, T.M. (1992). Children's reasons for nominating their peers as withdrawn: passive withdrawal versus active isolation. *Developmental Psychology*, 28 (5), 955-960.

## CAPÍTULO 9

### LA HIPERACTIVIDAD Y EL DÉFICIT ATENCIONAL

## CAPÍTULO 9 LA HIPERACTIVIDAD Y EL DÉFICIT ATENCIONAL

M<sup>a</sup> Dolores Gil Llarío  
Ana Miranda Casas

### 1. INTRODUCCIÓN

A menudo nos encontramos en el aula con niños incapaces de estar sentados durante cinco minutos seguidos, que preguntan qué es lo que hay que hacer apenas el profesor acaba de explicárselo detalladamente a la clase ("como si estuvieran sordos"), que difícilmente mantienen su atención en las explicaciones o durante los trabajos... Son niños impulsivos, que presentan una actividad motora excesiva y que habitualmente se hallan envueltos en conflictos con sus compañeros o con adultos, padeciendo accidentes de todo tipo. No son capaces de demorar las gratificaciones y, en general, no pueden regular su conducta u organizar las actividades que realizan. Estos niños no manifiestan déficits intelectuales pero suelen obtener un rendimiento muy por debajo del que cabría esperar debido a su déficit atencional. Se trata de un problema importante ya que, en opinión de algunos autores (Barkley, 1989) al menos un estudiante por aula padece problemas de este tipo.

En muchas ocasiones se ha pretendido tratar este problema desde el punto de vista puramente conductual, esto es, los tratamientos han ido dirigidos a modificar la conducta desadaptativa de estos niños considerando este trastorno como un problema de comportamiento. Pero aunque es cierto que la sintomatología del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (en adelante TDA-H) tiene unas consecuencias claramente conductuales el déficit que le subyace, la etiología y, por lo tanto el tratamiento son sustancialmente distintos por lo que debe ser analizado de forma diferencial, sin olvidar, claro está, las semejanzas que se establecen en algunos aspectos con los problemas de comportamiento.

Inicialmente la hiperactividad fue estudiada desde un enfoque fundamentalmente médico pero con el tiempo, la investigación ha ido derivando hacia una perspectiva más psicopedagógica. Así, fue considerada en un principio como un trastorno de tipo neurológico debido a la existencia de una lesión cerebral, si bien las dificultades para comprobar la presencia de tal lesión llevaron a un cambio en la consideración del trastorno. Efectivamente, en los años 50 se produce un giro en la investigación pasándose a una concepción más funcional del síndrome. En este sentido, Clements (1966) introdujo el concepto de Disfunción Cerebral Mínima, definiéndolo como un trastorno de conducta y aprendizaje asociado con disfunciones del S.N.C.<sup>1</sup> en niños con inteligencia normal y caracterizado por hiperactividad, inestabilidad emocional, déficits de coordinación general, déficits de atención, etc.

Ya en los años 70 las investigaciones se centraron en analizar el síndrome desde una perspectiva conductual abandonando la búsqueda de factores orgánicos. En esta línea, Douglas (1972) defiende que el principal déficit de los niños hiperactivos consiste en su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad restándole importancia a la actividad excesiva ya que ésta, a diferencia de la atención, mejora con la edad. Más tarde, el DSM-III, constatando la tendencia iniciada por Douglas, reemplazó el término "Hiperactividad" por el de "Déficit Atencional con Hiperactividad" señalando como características fundamentales la falta de atención, la actividad excesiva y la impulsividad, pero poniendo un énfasis especial en el déficit atencional, tendencia que se mantiene en la última edición del manual (DSM-IV). Sin embargo, otros manuales diagnósticos como el CIE<sup>2</sup> en su novena versión, subrayan el exceso de actividad motriz como característica principal por lo que en la actualidad sigue sin existir criterios unívocos que permitan definir con exactitud los límites de este trastorno. De esta forma, quedan sin resolver, como señalan Polaino-Lorente y Cabanyes (1995a), numerosas incógnitas: ¿el síntoma principal de la hiperactividad es el déficit de atención o éste está al mismo nivel que la impulsividad y el exceso de actividad motora?, ¿existen formas puras de déficit atencional sin hiperactividad?, etc.

## 2. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El trastorno por déficit atencional es un problema que afecta a todas las áreas de interacción entre el niño y el mundo. Podríamos definir el trastorno

<sup>1</sup>S.N.C.: Sistema Nervioso Central

<sup>2</sup>CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud)

por déficit atencional con hiperactividad (TDA-H) a partir de sus características fundamentales:

1. *Déficit atencional.* La atención, siguiendo a Cabanyes y Polaino-Lorente (1991) es una compleja función neuropsicológica que representa la apertura activa del individuo al medio circundante. De manera que un déficit en atención necesariamente repercute en el aprendizaje y en el comportamiento, provocando por lo tanto, bajo rendimiento académico e inadaptación social. Efectivamente los niños hiperactivos emplean inadecuadamente las estrategias de exploración, se aferran a las características físicas de los estímulos presentando dificultad para despreocuparse de la información irrelevante y para mantener la atención en tareas monótonas (Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995a). Se trata de niños que no acaban lo que empiezan; no se centran en los estímulos relevantes (todos son igual de importantes para él); cometen más errores de lo habitual; responden más lentamente...

2. *Impulsividad.* Los niños hiperactivos suelen actuar sin pararse a considerar las consecuencias de sus acciones por lo que les resulta difícil planificar acciones futuras (Taylor, 1989). Su capacidad de exploración es menos analítica y, en consecuencia, llegan a calibrar de forma deficiente el medio que les rodea (Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995a). Pueden conocer las reglas y ser capaces de explicarlas, sin embargo, cuando se trata de ponerlas en práctica son incapaces de controlar sus acciones y pensar antes de actuar. Son los primeros en levantar la mano, pero después no conocen la respuesta. Se caracterizan por poseer una baja tolerancia a la frustración.

3. *Actividad motora excesiva* que sobrepasa de forma persistente los límites considerados como normales en relación a la edad y las circunstancias y que no tiene una finalidad concreta. Su dificultad para controlar los movimientos corporales se nota especialmente en situaciones en las que se requiere que permanezca quieto durante períodos de tiempo prolongados. Existe un déficit en *motricidad gruesa* caracterizado por rigidez, torpeza, caídas frecuentes...; y un déficit en *motricidad fina* que podemos observar en su disgrafía, dificultades para atarse los cordones, escasa coordinación visomotora... Además, si están contentos o tristes expresan sus emociones mucho más rápida e intensamente de lo que resulta apropiado o esperable dada su edad.

A estas características fundamentales debemos añadir una serie de aspectos secundarios que generalmente encontramos en este tipo de niños:

- *Dificultades de aprendizaje.* En general los niños hiperactivos presentan problemas en su rendimiento académico (entre un 60 y un 80% según Barkley, 1982). Las dificultades de aprendizaje suelen correla-

cionar con la hiperactividad posiblemente debido a la existencia de anomalías perceptivo-cognitivas (su hiperactividad sensorial les impide conceptualizar elementos separados en una unidad significativa, cuestión fundamental en la lectura); o a un déficit en su capacidad de retención por las continuas tensiones emocionales a que se ven sometidos. En cualquier caso los problemas de aprendizaje de los niños hiperactivos surgen por la confluencia de varios factores entre los que figuran el déficit atencional, la impulsividad, la calidad de los refuerzos ambientales y la capacidad para desarrollar mecanismos compensadores (Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995a).

- *Dificultad para demorar las gratificaciones.* A los niños hiperactivos les es difícil trabajar en base a una meta a largo plazo. La mayoría de las tareas de clase suponen metas a largo plazo por lo que experimentan dificultades para funcionar en clase.
- *Relaciones interpersonales insatisfactorias.* Estos niños se muestran poco sociables, distantes, más agresivos, menos complacientes.
- *Baja autoestima.* las continuas reprimendas por parte de quienes les rodean (adultos significativos), las molestias que causan a sus compañeros, la forma poco adecuada con que se relacionan con los demás (exigiendo en lugar de pedir, etc.) hacen que experimente sentimientos de rechazo relativamente a menudo lo que sin duda influye en la elaboración de su autoestima.
- *Agresividad.* No todos los hiperactivos son agresivos pero es importante considerar esta característica porque empeora el pronóstico. Es decir, si se asocia la agresividad a la hiperactividad aumenta la probabilidad de practicar conductas delincuentes.

### 3. CURSO CLÍNICO

Si atendemos a la *historia preescolar* sus padres los describen como niños difíciles de manejar, activos, enérgicos, a quienes es necesario vigilar constantemente para prevenir accidentes. Se caracterizan por su tendencia al rechazo de nueva estimulación, dificultades con los cambios en la rutina y reacciones muy intensas a los cambios en el ambiente. Son muy irritables y duermen de forma muy irregular. Suelen ser obstinados y caprichosos en relación a la alimentación y pueden mostrarse bastante agresivos. Frecuentemente muchos preescolares temperamentales y con un nivel de actividad superior al normal se convierten en hiperactivos. Las investigaciones sugieren que entre un 60 y un 70% de los niños en edad escolar identificados como

hiperactivos eran marcadamente diferentes en sus conductas cuando eran preescolares. A pesar de esto muchos profesionales defienden que los problemas comportamentales durante la etapa preescolar constituyen fases evolutivas transitorias más que signos precoces de un trastorno crónico potencial. Sin duda hay que saber distinguir si los síntomas reflejan una exageración de las conductas apropiadas a la edad. El profesor es el más adecuado para determinar cuándo el patrón comportamental refleja el desarrollo normal y cuándo no, incrementándose el convencimiento de que ignorar estos signos, especialmente en los últimos años de preescolar, puede ser un gran error.

Durante el *periodo escolar* aparecen los problemas de comportamiento en clase. No permanece el tiempo suficiente en las tareas, molesta a sus compañeros, etc. todo lo cual recaba la atención del profesor. El profesor centra su atención en el niño hasta que éste vuelve a implicarse en la tarea. Así, el profesor tiende a focalizar su atención en las conductas inapropiadas más que en las adecuadas. De esta forma el profesor actúa como un reforzador negativo: el niño reiniciará la tarea pero no se mantendrá mucho tiempo en ella porque conoce la consecuencia negativa de esto: el profesor dejará de ocuparse de él. La consecuencia directa del escaso tiempo que permanece trabajando se traduce en un bajo rendimiento académico. No se trata de niños poco inteligentes como en ocasiones se ha argumentado. Obtienen bajas puntuaciones en los tests de inteligencia debido en gran parte al impacto que ejerce su conducta sobre su desempeño en los mismos. Las relaciones con sus compañeros no son buenas por lo que tiende a buscar amigos más pequeños. Los estudios sociométricos habitualmente reflejan que los niños con déficits atencionales son poco populares por lo que frecuentemente se les excluye de las interacciones sociales. A menudo son descritos como inmaduros e incompetentes. Aunque algunos son capaces de desarrollar habilidades sociales adecuadas la mayoría presentan una baja competencia social. Algunos sencillamente carecen de habilidades sociales lo que resulta en una baja popularidad (aislados) mientras que otros muestran conductas agresivas lo que les aboca al rechazo de sus compañeros. Los problemas de sueño persisten.

Durante la *última infancia* persisten las dificultades para el estudio, la conducta disruptiva y la ausencia de amigos todo lo cual contribuye a mantener baja su autoestima e incrementa la probabilidad de padecer trastornos de tipo depresivo.

Ya en la *adolescencia* si bien la actividad motora gruesa ha descendido el déficit atencional, la impulsividad y la inquietud persisten. Se trata de sujetos con bajos niveles de responsabilidad que a menudo abusan del alcohol y otras drogas. Goldstein y Goldstein (1987) señalan que entre el 30 y el 40%

de hiperactivos se han involucrado al menos una vez en una conducta de tipo antisocial mientras que el porcentaje que hace esto mismo en la población normal está entre el 3 y el 4%. Parece ser por tanto que los adolescentes con déficit atencional continúan teniendo problemas sociales, académicos y emocionales. Los profesores siguen quejándose de su inatención, nerviosismo, sobreexcitación y mala ejecución de las tareas. Muchos muestran signos de indefensión y depresión pues son conscientes de su larga historia de problemas. Cuando eran más pequeños sus problemas a menudo les llevaban a los servicios de educación especial y a frecuentes avisos a sus padres. Posteriormente, durante la adolescencia, un nivel similar de problemas les trae como consecuencia el ser expulsado de la escuela y excluido del sistema educativo (Goldstein y Goldstein, 1990).

#### 4. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERACTIVIDAD

Si bien el profesor no es el profesional a quien compete realizar el diagnóstico del TDA-H, sí que es conveniente que conozca cuáles son los criterios que en la actualidad están vigentes puesto que, como tendremos ocasión de ver a lo largo de este capítulo, su aportación es fundamental para detectar precozmente el problema y alertar a los padres para que busquen ayuda especializada (además de que resultará inestimable su colaboración en el tratamiento). Por todos estos motivos, a continuación presentamos los criterios que establece el DSM-IV (1994) para el TDA-H (ver cuadro 1).

Como vemos, existen distintos subtipos en el TDA-H. En el DSM-IV se señala que un niño puede pasar de un subtipo con predominio ya sea de déficit de atención o de hiperactividad-impulsividad al subtipo combinado y viceversa.

Con respecto al diagnóstico tan sólo cabe comentar que habitualmente éste no se realiza antes de los 4 o 5 años, que es más frecuente en hombres que en mujeres (4 niños por cada niña en la población general y 9 niños por cada niña en la población clínica) y que las estadísticas (DSM-IV) señalan que se da entre un 3 y un 5% de los escolares.

#### 5. ETIOLOGÍA

Miranda y Santamaría (1986) realizaron una revisión crítica que recoge los enfoques clínicos, evolutivos, psicobiológicos y ambientales-familiares que puede haber a la base de este síndrome, gran parte de los cuales se resumen a continuación.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad del DSM-IV

<p>A. O bien (1) o bien (2):</p> <p>(1) Desatención: Al menos seis de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente con el nivel de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</li> <li>• A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.</li> <li>• A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.</li> <li>• A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos y obligaciones en el centro de trabajo.</li> <li>• A menudo tiene dificultades para organizar tareas o actividades.</li> <li>• A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajo escolar o doméstico)</li> <li>• A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</li> <li>• A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</li> <li>• A menudo es descuidado en las actividades diarias</li> </ul> <p>(2) Hiperactividad-Impulsividad: Al menos seis de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa o incoherente con el nivel de desarrollo.</p> <p>Hiperactividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo mueve en exceso manos o pies; o se remueve en su asiento.</li> <li>• A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</li> <li>• A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</li> <li>• A menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</li> <li>• A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.</li> <li>• A menudo habla en exceso</li> </ul> <p>Impulsividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</li> <li>• A menudo tiene dificultades para guardar turno</li> <li>• A menudo interrumpe o se intruye en las actividades de otros (por ej. se entromete en conversaciones o juegos)</li> </ul> <p>B. Algunos de los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.</p> <p>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela y/o trabajo y en casa)</p> <p>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).</p> <p>Subtipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TDA-H tipo combinado: si persisten durante seis meses o más seis síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.</li> <li>• TDA-H tipo con predominio del déficit de atención: si persisten durante seis meses seis o más síntomas de desatención y menos de seis de hiperactividad.</li> <li>• TDA-H tipo con predominio de hiperactividad-impulsividad: si persisten durante seis meses o más seis síntomas o más de hiperactividad-impulsividad pero menos de seis de desatención.</li> </ul>
---

### 5.1.- Factores neurológicos

Inicialmente se consideró la hipótesis del origen neurológico del trastorno a partir de la observación de que muchos niños con encefalitis mostraban a su vez signos de hiperactividad. Ante la imposibilidad de detectar el déficit neurológico específico se postuló el concepto de *Disfunción Cerebral Mínima*, para subrayar la existencia de una causa fisiológica a pesar de que el examen neurológico fuera incapaz de detectarla. Sin embargo la mayoría de niños hiperactivos no presentan síntomas de lesión cerebral, y de entre los niños con lesión cerebral, pocos podrían considerarse hiperactivos.

Una segunda área de investigación giró en torno a la hipótesis de la *hipo-estimulación* según la cual estos niños se implicarían en una cantidad excesiva de activación para compensar su escasa estimulación cerebral debida a un mal procesamiento de los estímulos.

Por último, una tercera interpretación postula como causa un trastorno a nivel de los *neurotransmisores*<sup>3</sup> lo que provocaría un *desequilibrio entre respuestas excitatorias e inhibitorias*. En este sentido hemos de recordar que *experimentar un fracaso, cosa habitual en los niños hiperactivos, también puede producir disfunciones en los neurotransmisores*.

### 5.2.- Retraso madurativo

Esta hipótesis implícitamente defiende que cuando madure el niño el problema desaparecerá cosa que en realidad no ocurre. Como ya hemos comentado, algunas características tales como el exceso de movilidad sí es posible que experimenten mejoras con la edad pero el problema fundamental, a saber, su déficit atencional y regulatorio se mantiene a pesar de que el sujeto crezca o madure.

### 5.3.- Factores genéticos

En cuanto a los factores de tipo genético, efectivamente existen datos que apoyan dicha consideración, defendida por autores como Goldstein y Goldstein (1987). La hiperactividad es mucho más frecuente en niños que en niñas. Los estudios realizados en torno a la concordancia entre gemelos muestran

<sup>3</sup>Neurotransmisores: sustancias químicas implicadas en las sinapsis nerviosas.

cierta predisposición genética, sin embargo parecen ser más importantes los factores ontogenéticos tales como el modelado y el refuerzo que los hereditarios. Los estilos de vida impulsivos e inatentos de muchos padres de niños hiperactivos dificultan enormemente el manejo de sus hijos cuando éstos también experimentan problemas de esta índole.

### 5.4.- Complicaciones perinatales

Un elevado número de niños hiperactivos nació de forma prematura y/o tuvo un bajo peso al nacer. Este hecho ha llevado a algunos autores a considerar estos factores como posibles causantes del trastorno. En esta línea, también se ha considerado el grado de estrés psicológico experimentado por la madre durante el embarazo.

### 5.5.- Alcoholismo materno

Esta hipótesis defiende que la hiperactividad se manifiesta cuando la madre ha ingerido con frecuencia alcohol durante su embarazo. Pero la investigación demuestra que ni todos los niños con síndrome de alcoholismo fetal son hiperactivos ni en todos los hiperactivos podemos hallar antecedentes de ingesta excesiva materna de alcohol.

### 5.6.- Alergógenos

B. Feingold defiende que ciertos colorantes artificiales, conservantes y salicilatos naturales de los alimentos agravan o tal vez causan los déficits atencionales. Sus propuestas se derivan de la observación personal de pacientes bajo su cuidado y no de investigaciones sistemáticas. Inicialmente los resultados indicaban cierta mejoría en los pacientes de cuya dieta se eliminaba ciertos aditivos. Sin embargo, estudios más rigurosos en los que ni padres ni profesores eran conocedores de la presencia o ausencia de estos aditivos en la dieta, no mostraron diferencias en cuanto a las valoraciones acerca de la conducta efectuadas por ambos tipos de evaluadores. Estos resultados sugieren que la mejora obtenida por Feingold posiblemente se debiera al efecto placebo (Goldstein y Goldstein, 1987)

En esta misma línea se considera el azúcar refinado como agravante del déficit atencional pero de nuevo las pruebas con que contamos se derivan

de trabajos de dudosa rigurosidad. En cualquier caso estos trabajos indican que la restricción de azúcar refinado tiene un efecto directo positivo en la reducción de las conductas hiperactivas.

#### 5.7.- Nivel socio-económico

Es un hecho objetivo que la incidencia de la hiperactividad es más elevada en clases bajas. Otra cuestión es dilucidar a qué se debe esto. En este sentido habría que considerar no sólo las pautas sanitarias, alimenticias, de ingesta de alcohol, etc. sino también la frecuencia con que se aplican prácticas de disciplina impositivas, modelado de agresión, etc.

#### 5.8.- Clima familiar

En muchos casos nos encontramos con que estos niños están inmersos en ambientes estresantes. Sus madres son más críticas, impositivas, etc. Sin embargo, los efectos de la interacción raramente son unidireccionales. Es decir, un niño irritable, infeliz es probable que tenga un impacto negativo sobre sus padres. Ese impacto influye en el modo en que los padres responden al niño. Pero la personalidad del niño no es una pizarra en blanco sobre la que podamos escribir sino que se desarrolla mediante una combinación entre las capacidades del niño y nuestra respuesta a dichas capacidades.

#### 5.9.- Como conducta aprendida

Estos niños son conscientes de que su actividad excesiva es un mecanismo poderoso de control sobre los adultos ya que de este modo consigue que se le preste mucha más atención que a los demás lo que refuerza esa conducta hiperkinética (Miranda y Santamaría, 1986). Por otra parte, su historia de fracasos hace que genere una baja expectativa de recompensa que dificultará su conducta atencional. Es decir, cuanto más se distraiga menos recompensas recibirá y cuantas menos recompensas reciba menos sentido encontrará a atender.

Como hemos podido constatar puede haber muy diferentes causas a la base de un conjunto de conductas a las que nos referimos bajo el epígrafe de Déficit Atencional con Hiperactividad.

## 6. TRATAMIENTO

### 6.1.- Tratamiento farmacológico

*Los fármacos que más se han utilizado en el tratamiento de este trastorno son los psicoestimulantes. Aunque parezca una paradoja que se prescriban psicoestimulantes\* en niños hiperactivos parece ser que estos fármacos potencian la acción de ciertos neurotransmisores que actúan no sólo sobre el sistema de activación reticular sino también sobre el sistema límbico y otras regiones del cerebro que se consideran relacionadas con los procesos de atención, activación e inhibición (Evans, Gualtieri y Hicks, 1986).*

Los fármacos tienen efectos positivos no sólo a nivel conductual reduciendo sustancialmente los comportamientos sociales negativos de los estudiantes con hiperactividad (Hinshaw, Heller y McHale, 1992) sino también a nivel cognitivo incrementando la atención (Elia, Borchending, Rapoport y Keyson, 1990) y ejerciendo efectos positivos sobre el procesamiento de la información (Klorman, Brumaghim, Salzman, Strauss, McBride y Loeb, 1990). Además, facilitan que se pueda trabajar mejor con estos niños en el plano cognitivo-comportamental (Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995b).

El porcentaje de sujetos que responden favorablemente al tratamiento con metilfenidato (el psicoestimulante más utilizado) está en torno al 60% (Klorman y cols, 1990), mostrándose en general los efectos más positivos en los niños más pequeños, de 6 u 8 años (Aman y Turbott, 1991). Sin embargo, al optar por este tipo de tratamiento hay que valorar las ventajas y los inconvenientes que supone. En este sentido, no debemos olvidar que pueden conllevar efectos secundarios tales como pérdida del apetito, aumento de la tasa cardíaca, dificultad en el inicio del sueño, etc. Por otra parte, a la hora de introducir en el hogar un fármaco de este tipo hay que tener en cuenta las características de los demás miembros de la familia y valorar la posibilidad de uso incorrecto. Así, el comité para fármacos de la Sociedad Americana de Pediatría (Cohen, Biehl, Crain, Haber, Healy y Katcher, 1987, citado por Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995b) estableció una serie de criterios para el empleo de medicación en el TDA-H. Entre otros se enfatiza que la medicación sólo debe ser prescrita cuando la sintomatología es responsable de un fracaso académico, un déficit en las funciones cognitivas y/o una conducta desadaptada que conduce a un deterioro en las relaciones interpersonales.

\*El más utilizado es el metilfenidato (Rubiñen)

El metilfenidato se absorbe rápidamente por el tubo digestivo y sus efectos se detectan a los 15 o 30 minutos de la ingestión alcanzando un pico a la hora y desapareciendo su acción a las 4 ó 5 horas de su administración (Barkley, 1982). Debido a la corta vida del metilfenidato lo normal es que sea administrado dos veces al día para mantener sus efectos a lo largo de la jornada. Cuando se introduzca dicho tratamiento, puesto que no existe una dosis única sino que es preciso adecuarla a las características de cada niño, el profesor cumple una función inestimable al informar al médico acerca de los efectos que las distintas dosis ejercen sobre el comportamiento del niño en el aula.

#### 6.2.- Tratamientos psicológicos: Métodos cognitivo-conductuales

El primer ámbito en el que es necesario intervenir es en el familiar. Los padres deben actuar como modelos positivos y, en general, aprender a emplear la disciplina de forma adecuada, es decir, ser consistentes en sus prescripciones y conductas utilizando correctamente las recompensas. En este sentido el profesor cumple un importante papel a la hora de informarles y enseñarles a manejar a sus hijos. Desde el ámbito escolar, propiamente dicho, es importante diseñar el ambiente de aprendizaje de forma que el niño pueda desarrollar al máximo sus potencialidades. En este sentido, paralelamente a la intervención individual que se lleve a cabo resulta conveniente adecuar el patrón instruccional, aspecto que analizaremos con más detalle a propósito de las implicaciones educativas. Existen, sin embargo, una serie de técnicas de intervención que resultan altamente efectivas con estos niños y que el maestro debe conocer y aplicar, en la medida de lo posible, en el contexto del aula. Nos estamos refiriendo a las técnicas cognitivo-conductuales.

La finalidad de los métodos de corte conductual consiste en manipular los eventos que preceden y/o siguen al comportamiento con objeto de incrementar las conductas adecuadas y disminuir las inadecuadas. De este modo se refuerza positivamente al sujeto cuando desaparezca o disminuya la conducta que se desea eliminar y cuando aparezcan aquellas conductas que se desea potenciar (ver capítulo de problemas del comportamiento). Las técnicas más comúnmente utilizadas y que mejores resultados han proporcionado son la economía de fichas y el contrato de contingencias. Pero, como ya hemos comentado el tratamiento dirigido a mejorar el mal comportamiento del niño no debe ser más que un aspecto del mismo, por lo que presentamos a su

vez una serie de procedimientos dirigidos a fomentar el autocontrol de estos niños. Las técnicas que comentaremos brevemente son: la técnica de la tortuga, el entrenamiento autoinstruccional, la autoobservación y la autoevaluación reforzada (ver Miranda, Presentación y Salvador, 1996).

##### 6.2.1.- La economía de fichas

Esta técnica resulta adecuada debido a que resuelve el problema que estos niños tienen para demorar las gratificaciones. En ella, el niño sabe que sus acciones se traducen en la adición o sustracción de una serie de "fichas" que al final de un período preestablecido pueden intercambiarse por refuerzos reales. Es decir, si realiza una conducta deseada, automáticamente recibe el número de fichas previamente fijado (éste variará, claro está, en función del tipo de conducta de que se trate), y si realiza una conducta no deseable se verá penalizado con la supresión de las mismas. De esta forma el niño obtiene contingentemente los refuerzos, aprendiendo, a la vez, a demorar las gratificaciones.

##### 6.2.2.- El contrato de contingencias

Este procedimiento consiste en discutir, redactar y acatar (en los términos en que se establezca) un contrato que, en su forma, sigue las directrices de los contratos al uso. En él deben quedar plasmados aquellos aspectos que el niño se compromete a cambiar y aquellos otros que el segundo firmante (los padres, el profesor, etc.) se compromete, por su parte, a mejorar. Ambas partes firman, ante un testigo (que generalmente es el/la psicólogo/a que trata al niño) que acatarán los pactos que se han negociado existiendo, normalmente, una serie de penalizaciones para ambas partes en caso de incumplimiento del contrato. Esta técnica se utiliza fundamentalmente con niños mayores y constituye un medio importante de motivación.

##### 6.2.3.- La técnica de la Tortuga

*Esta técnica (Schneider y Robin, 1992) pretende, a través de la analogía con la tortuga (que se esconde en su caparazón cuando se siente amenazada) enseñar al niño a replegarse en un caparazón imaginario cuando no sea capaz de controlar sus impulsos y emociones ante estímulos ambientales.*

En primer lugar se enseña al niño a encogerse y esconder la cabeza entre sus brazos ante la palabra "tortuga" (ver anexo 1). A continuación el niño debe aprender a relajar sus músculos cuando hace la tortuga (anexo 2). Puesto que la relajación es incompatible con la tensión muscular necesaria para una conducta disruptiva disminuye la probabilidad de que ésta se dé. Por último, se trabaja con el niño la utilización de técnicas de solución de problemas para evaluar las distintas alternativas que le permitan manejar la situación que le ha obligado a utilizar la tortuga<sup>5</sup>. Esta técnica es muy adecuada para niños de preescolar y de 1º y 2º de E.G.B. A partir de 3º es posible que no respondan bien siendo aconsejable cambiar la imagen (ej. palabra STOP). Es importante recordar que una vez enseñada esta técnica el profesor debe asegurar su mantenimiento persistiendo en la práctica durante una o dos veces por semana, alabando al azar las conductas "Tortuga" apropiadas, etc. Si no se cuida dicho mantenimiento es muy probable que poco a poco se extinga (ver capítulo de Problemas de Comportamiento).

#### 6.2.4.- El entrenamiento autoinstruccional

Como ya hemos analizado extensamente, los niños hiperactivos no son capaces de ejercer control sobre sus impulsos y por ello no analizan su experiencia en términos de mediación cognitiva, es decir, no formulan ni internalizan reglas que puedan servirles de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje. En este sentido, las autoinstrucciones tienen como objetivo enseñar al niño a ejercer control sobre su propia conducta mediante el lenguaje interno. El entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum y Goodman, 1971) atraviesa por una serie de fases:

1. Un modelo adulto ejecuta la tarea dándose las instrucciones en voz alta (*modelado cognitivo*)
2. El niño realiza la misma tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo (*Guía externa*)
3. El niño ejecuta la tarea dándose él mismo las instrucciones en voz alta (*Autoguía manifiesta*)

<sup>5</sup>La solución de problemas consiste en cinco pasos:

1. Definición clara de la situación problemática
2. Pensar cosas para hacer frente a la situación problemática
3. Evaluar las consecuencias de cada una de ellas y seleccionar la mejor
4. Poner en práctica la solución elegida.

4. El niño hace el trabajo susurrando las instrucciones (*Autoguía manifiesta atenuada*)
5. El niño trabaja guiándose por un lenguaje interno (*Autoinstrucción encubierta*).

A través de estas cinco fases el niño va interiorizando una serie de verbalizaciones que guiarán su conducta ayudándole a controlar impulsos. El contenido de dichas verbalizaciones o autoinstrucciones es:

1. Definición del problema: "¿Qué es lo que tengo que hacer?"
2. Aproximación al problema: "¿Cómo lo voy a hacer?" (planificación de la estrategia de ejecución)
3. Focalización de la atención en las directrices que guían la ejecución: (por ej. "ahora tengo que tener cuidado de no salirme").
4. Auto-refuerzo: "Lo estoy haciendo bien".
5. Auto-evaluación y posibles alternativas para corregir errores. Al modelar resulta conveniente cometer errores a propósito y mostrarle al niño cómo resolverlos.

#### 6.2.5.- La autoobservación

El objetivo principal de esta técnica es hacer consciente al estudiante de si está o no prestando atención a su trabajo con objeto de mantener o mejorar su concentración. El profesor enseña a los estudiantes a observar su conducta atenta o inatenta ante una señal emitida por algún tipo de procedimiento de registro mecánico (como por ejemplo una grabación de cassette). Normalmente consta de cinco fases:

1. Definir claramente en qué consiste estar o no centrado en la tarea
2. Mostrar al estudiante los procedimientos de registro.
3. El profesor modela el procedimiento a seguir mediante el magnetofón y una hoja de registro.
4. El estudiante explica verbalmente lo que ha entendido que debe hacer.
5. El estudiante realiza el proceso de autoevaluación completo.

#### 6.2.6.- La autoevaluación reforzada

La autoevaluación reforzada consiste en comparar las metas propuestas por el profesor y las metas autoobservadas del estudiante de cara a enseñar al niño a autoobservarse de la forma más fidedigna. Este procedimiento combina la autoevaluación con el auto-refuerzo cuando existe acuerdo entre ambas metas. Se desarrolla del siguiente modo:

1. Selección de conductas-problema que manifiesta el niño en el aula y sobre las que se desea intervenir.
2. Entrenamiento en habilidades de autoevaluación en distintos contextos (por ejemplo, esto puede realizarse mediante el juego denominado "estar de acuerdo").
3. El profesor explica al estudiante que va a valorar con una escala de 5 puntos el comportamiento del niño en la conducta seleccionada y que la meta del niño es igualar al autoevaluarse la puntuación que él le haya dado.
4. Se establece una discusión cuando el profesor y el niño comparan sus respectivas puntuaciones. Este es la cuestión más importante de esta técnica ya que el profesor debe hacer consciente al niño de los aspectos positivos y negativos concretos de su comportamiento reforzándolo socialmente por los primeros.

## 7. IMPLICACIONES EDUCATIVAS

Muchos autores (Barkley, 1990; DuPaul y Stoner, 1994) coinciden en señalar que para que la intervención en niños con TDA-H sea efectiva ésta debe llevarse a cabo en los contextos en los que deben ejecutarse los comportamientos deseados y debe mantenerse a lo largo del tiempo para que se produzca la generalización, de ahí que resulte tan importante formar al profesorado en la comprensión y tratamiento de los estudiantes con TDA-H. A continuación presentamos una recopilación de las principales prescripciones propuestas por los autores (Bender y Mathes, 1995; Miranda, en prensa):

### a) Con respecto a la disposición del aula

- Debemos estructurar el espacio físico del aula adoptando una disposición por filas que permite la discusión sin entorpecer el trabajo independiente. Se debe evitar agrupar las mesas para la realización de trabajos en grupo ya que se incrementan las distracciones. En caso de que sea necesario desarrollar un trabajo en equipo deberemos colocar las mesas en herradura.
- La colocación de los pupitres deberá facilitar la movilidad del profesor por el aula, siendo aconsejable, además, que el profesor se sitúe cerca de los alumnos con déficits atencionales.

- Debemos evitar que los alumnos con déficits atencionales se sitúen cerca de ventanas o de la puerta para minimizar las distracciones visuales y/o auditivas
- Cuidar de que en los pupitres tan sólo aparezcan los materiales indispensables para realizar el trabajo asignado en cada momento. Evitar que estén a la vista objetos interesantes que inviten al niño a manipularlos en lugar de centrarse en su trabajo.
- Colocar junto al estudiante con déficits de atención compañeros que sean modelos apropiados (atentos, ordenados, que cumplan las órdenes, etc.).

### b) Con respecto a la estructuración de las lecciones

- Proporcionar al estudiante antes de la explicación de un tema un listado de conceptos claves que el profesor va a explicar. Esto le permitirá saber en qué tiene que focalizar la atención.
- Promover la participación activa del alumno con déficit atencional durante la explicación de los temas. Por ejemplo pidiéndole que ejerza de "ayudante" escribiendo en la pizarra las ideas claves, realizar actividades de juego de roles para aprender acontecimientos históricos, fenómenos sociales, etc.
- Plantear al alumno frecuentemente preguntas durante la explicación y ofrecer retroalimentación inmediata.
- Utilizar tizas de diferentes colores para destacar en la pizarra los aspectos más fundamentales
- Mantener un contacto ocular tan frecuente como sea apropiado durante las explicaciones.
- Utilizar señales no verbales para redirigir la atención del estudiante.
- Instaurar un sistema de tutoría de un compañero que le ayude a revisar los conceptos fundamentales de la lección.
- Permitir que el estudiante con déficit de atención explique los conceptos aprendidos en la explicación a otro compañero más lento que él en el aprendizaje.

### c) Con respecto al planteamiento de las actividades

- Simplificar en la medida de lo posible las instrucciones relativas a las tareas utilizando un lenguaje sencillo. Es conveniente pedirle que las repita.

- Para eliminar estímulos distractorios puede resultar adecuado que el alumno hiperactivo utilice auriculares para escuchar música relajante mientras hace las tareas asignadas.
- Ajustar las demandas al periodo de tiempo en el que el niño puede mantener la atención e ir aumentando progresivamente su esfuerzo atencional mediante el refuerzo, no mediante métodos impositivos.
- Ajustar el nivel de dificultad de la tarea a fin de evitar el abandono.
- Si es lento es preferible pedirle menos pero bien.
- Segmentar las tareas complejas en fases marcando un tiempo prudente para cada fase reforzándole a medida que vaya superando dichas fases.
- Evitar hacer comentarios sobre la falta de atención ("Estás en las nubes", "No te distraigas con el lápiz..."). En su lugar es preferible suministrar claves verbales discriminativas que le instiguen a reflexionar sobre su forma de comportarse ("¿Estás terminando ya tu trabajo?", "¿Recuerdas qué era lo que tenías que hacer?")...
- Elegir cuadernos de actividades con formato sencillo evitando dibujos que no estén estrictamente relacionados con las tareas a realizar. Además sólo deberán incluir una o dos actividades por página dejando espacios en blanco entre ellas.
- Facilitar la transición de unas actividades a otras mediante claves visuales o auditivas (por ej. un toque de campanilla) evitando que se produzcan periodos largos de espera.
- Alternar actividades para eliminar la fatiga.

#### d) Con respecto a los exámenes

- Procurar que no sean largos es preferible hacer pruebas cortas frecuentemente.
- Usar un formato sencillo: una o dos actividades en cada página.

#### e) Con respecto al comportamiento

- Es conveniente explicar con claridad qué es lo que tiene que hacer y no qué es lo que no debe hacer.
- Recordar brevemente pero con cierta frecuencia las normas sociales que regulan el comportamiento en la clase (pedir permiso para hablar, compartir los materiales, ordenar el pupitre, etc.).

- Pedirle que explique las reglas correctas a seguir ante situaciones concretas que pueden resultar particularmente problemáticas.
- Los refuerzos han de ser específicos evitando la utilización de frases hechas con carácter general.
- Resulta conveniente poner en práctica un sistema de puntos para reforzar comportamientos adecuados y coste de respuesta o aislamiento para las conductas socialmente negativas.
- El profesor debe actuar como modelo en la utilización de un método sistemático de solución de problemas para tratar abiertamente en clase los conflictos y dificultades que surjan.
- Mantener un estilo positivo de interacción. Cuando sea necesario aplicar un castigo será conveniente darle una oportunidad luego para que pueda intentarlo otra vez, procurar que tenga éxito y alabarle por ello.
- Evitar que viva la clase con tensiones. Procurar no avergonzarlo.

Todos los seres humanos, en virtud de la coherencia interna, a menudo nos vemos "obligados" a mantener un patrón de conducta iniciado. Nos comportamos bien un día casualmente en un contexto en el que no existía información previa acerca de nosotros y nos vemos impelidos a seguir comportándonos bien, porque es lo que los demás esperan de nosotros, y esto nos resulta lo más sencillo del mundo. Sin embargo en otros contextos, siendo como somos la misma persona, creemos que los demás no esperan de nosotros más que malas acciones, y en la misma medida en que pensamos esto nos comportamos de forma acorde a lo que se espera. Los niños con un trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad aun cuando el origen de su problema esté en un déficit atencional sus repercusiones son claramente conductuales. Ellos han experimentado y experimentan diariamente esta "profecía autocumplida" y precisamente por la dificultad que entraña la interacción con estos niños, es posible que nadie les haya dado una oportunidad para comportarse de otro modo. Los profesores no debemos esquivar la parte de responsabilidad que nos toca.

#### 8. PARA SABER MÁS. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas se propone enseñar al niño hiperactivo una serie de habilidades generales que le ayuden a identificar los componentes de un problema, a seleccionar las estrategias que faciliten su resolución, a explorar las posibles respuestas alternativas y sus consecuencias, y a planificar los pasos para lograr la meta deseada. Así pues se desarrolla en 4 fases:

*Fase 1: Reconocimiento del problema.* La identificación del problema consiste en la capacidad para detectar los sentimientos de incomodidad que produce una situación dada así como la habilidad para mantener una actitud orientada a intentar solucionar este problema frente a la tendencia a negar su existencia. El entrenamiento en las habilidades necesarias para reconocer un problema, en consecuencia, está dirigido a enseñar a los niños a comprender las señales que les demuestran que existe un problema. Se recomienda empezar utilizando la instrucción directa para pasar después a la realización de ejercicios de juego de roles.

El terapeuta puede comentar en primer lugar que un problema puede definirse como una situación ante la que no se dispone de una respuesta clara, ya aprendida, lo cual provoca un sentimiento de incomodidad. Para explicar cuáles y qué función cumplen las señales puede usarse la analogía del semáforo. Se les pregunta a los niños qué harían si conduciendo un coche ven que un semáforo se pone amarillo y después rojo. El terapeuta explica que el semáforo constituye una señal que indica que hay que hacer una cosa determinada, frenar el coche y también que cuando nos enfrentamos con un problema hay señales de otras personas que nos lo están indicando como las expresiones faciales (por ej. el ceño fruncido) o posturas corporales (por ej. cruzar los brazos). El terapeuta enseña a reconocer estas señales y cuando los miembros del grupo comprenden el significado de las claves ambientales externas pasa a explicar cómo reconocer las señales internas como los sentimientos (rabia, tristeza), pensamientos y manifestaciones corporales (tensión muscular, taquicardia...). Posteriormente ayuda a los niños a reconocer sus propias señales afectivas, cognitivas y fisiológicas pidiéndoles que recuerden experiencias emocionales propias y que expliquen lo que ellos sintieron o pensaron.

A continuación se insta a los niños para que recuerden experiencias conflictivas recientes por las que han atravesado en casa, en la escuela o con los amigos. El terapeuta toma nota entonces de esos ejemplos y pide que los niños del grupo, por parejas, identifiquen el problema, lo describan objetivamente y discutan las señales externas e internas que les indican que, en efecto, existe tal problema. Después el terapeuta plantea un diálogo con el grupo orientado a clarificar aspectos relativos al reconocimiento de los problemas.

*Fase 2. Análisis del problema.* En esta fase también se utiliza la instrucción directa y el diálogo con el grupo como técnicas de instrucción para que los niños puedan llegar a reconocer las razones o circunstancias que pueden estar incidiendo en un problema y a estimar adecuadamente su grado de

dificultad. El terapeuta alude a un ejemplo personal para explicar las causas físicas o emocionales, que pueden estar implicadas en ese problema. Después, plantea al grupo el juego de "¿Por qué?. Porque..." y, utilizando ejemplo reales que aporten los niños se establece un diálogo para delimitar las causas de tipo físico o psicológico que inciden en estos problemas.

*Fase 3. Formular soluciones alternativas y valorar sus consecuencias.* Se puede partir de la técnica conocida como "Tormenta de ideas". La meta es que los niños produzcan tantas ideas como sea posible. Las reglas básicas a considerar son: a) excluir cualquier crítica, es decir, aceptar todas las ideas o soluciones que generan los niños sin hacer comentarios críticos al respecto; b) alabar las soluciones nuevas o creativas y c) fomentar la cantidad de alternativas ya que así se incrementará la probabilidad de encontrar soluciones potencialmente valiosas.

El terapeuta pide a los niños que generen un problema potencial y que vayan aportando tantas soluciones como puedan para este problema. El terapeuta va escribiendo todas estas soluciones antes de discutir sus consecuencias. Si un niño del grupo intenta llamar la atención planteando una solución rara e inapropiada, la reacción más adecuada del terapeuta no es criticar sino subrayar la necesidad de encontrar otras soluciones alternativas. De esta forma se transmite al grupo confianza en su capacidad para encontrar soluciones adicionales.

Cuando los niños se familiarizan con la idea de generar soluciones alternativas el terapeuta plantea una discusión dirigida a evaluar las consecuencias de las distintas alternativas que han aportado para solucionar el problema. Resulta conveniente que el terapeuta analice las consecuencias en base a una serie de criterios básicos tales como:

- a) Sentimientos que provoca en uno mismo y en los demás.
- b) Consecuencias para la interacción

Una cuestión importante, una vez que se haya seleccionado la mejor respuesta ante un problema, consiste en la anticipación de los posibles obstáculos para ponerla en marcha. Para ello, el terapeuta debe dirigir la discusión del grupo sobre cómo no siempre funcionan los mejores planes y que precisamente ésta es una señal que indica la necesidad de idear nuevos planes y no una señal que bloquee la solución a un problema.

*Fase 4. Pensamiento medios-fines.* Para que realmente sea efectiva la solución de problemas es necesaria la planificación de comportamientos específicos una vez que se ha seleccionado el mejor plan, es decir, llevar el pensamiento a la práctica. No siempre ocurre que una vez que los niños han aprendido el proceso cognitivo de resolución de un problema, son capaces

de ejecutar los comportamientos específicos para solucionarlo conductualmente. Esta parte del entrenamiento tiene un carácter más comportamental que cognitivo, utilizándose como técnicas de enseñanza la instrucción directa, el modelado y actividades de juego de roles dirigidas a incrementar los repertorios conductuales de los sujetos. Los comportamientos específicos que necesitan ser entrenados incluyen ignorar, expresar sentimientos adecuadamente, asertividad, cooperar/compartir, escuchar, obedecer las demandas del adulto, respetar y tomar turno en las conversaciones.

### 9. CUESTIONES PARA LA REFLEXIÓN

#### 1. Comenta estos dos casos:

Javier y Luis son considerados por sus respectivas maestras como niños hiperactivos. Al realizar un estudio detallado observamos que Javier, aunque no para y en numerosas ocasiones "va a su aire", negándose a hacer el trabajo propuesto para todos, resulta con frecuencia un niño ingenioso y va alcanzando sin problemas los objetivos educativos propuestos. Sin embargo Luis, además de su excesiva movilidad, parece estar siempre "en otro sitio", no consigue centrarse nunca en la tarea, y sus progresos educativos son muy pobres.

#### 2. Analiza las siguientes afirmaciones señalando si estás de acuerdo con ellas o no. Justifica tu respuesta:

"Es conveniente reforzar o alabar más al niño hiperactivo que a los demás por cosas que los demás compañeros hacen habitualmente"

"El estudiante hiperactivo debe situarse al final de la clase para evitar que distraiga tanto a sus compañeros".

"Cuando está distraído le presto atención y cuando se centra dejo de preocuparme por él".

"Cuando se pone insoportable lo separo de sus compañeros, aislándolo en un rincón del aula".

3. Pepa es una profesora de 2º ciclo de primaria que en clase en raras ocasiones se levanta de su asiento. Los niños saben que si tienen alguna duda deben ir a su mesa (nunca más de dos en cada ocasión). Durante este curso Pepa tiene en su clase a un niño hiperactivo y se siente muy angustiada ¿qué le aconsejarías que hiciera?

4. Miguel tiene 8 años. Desde que entró en la Escuela Infantil ha ocasionado problemas a sus profesores. Estos lo definen como inmaduro: se distrae con frecuencia, nunca acaba sus tareas, es incapaz de permanecer quieto en su sitio... Sus compañeros cada vez lo excluyen con más frecuencia porque su comportamiento es impulsivo e inapropiado. Esboza cuáles crees que son los principales problemas que experimenta este niño, sus repercusiones y qué pautas crees, como profesor, que sería adecuado plantear en este caso.

5. Juan es un niño hiperactivo y desde hace unos días está más irritable de lo normal, duerme peor y tiene muchas rabietas. La madre no se lo explica porque justo no hace mucho que lo llevó al médico y éste le prescribió un tratamiento con psicoestimulantes ¿Puede hacer algo ante esto el profesor?

6. Hace unos días que tienes interés en enseñar a tu grupo a solucionar problemas interpersonales porque Álvaro de 11 años, que es un niño con déficit atencional, continuamente está envuelto en conflictos que zanja de forma agresiva provocando en la clase un clima tenso en el que empieza a preponderar la ley del más fuerte. Álvaro está siempre insultando a Borja porque lleva gafas pero hoy Borja se ha hartado y le ha empujado contra la mesa. Has llegado a tiempo para detenerlos pero temes que el rechazo de Álvaro sea mayor porque toda la clase está de parte de Borja. ¿Qué debes hacer ahora?

### 10. CONCEPTOS A DESTACAR

*Hiperactividad*: puede ser síntoma primario del TDA-H, si alude a la excesiva actividad motora. No obstante, se suele entender como síndrome, en cuyo caso el trastorno hiperactivo o síndrome hiperkinético es equivalente al TDA-H.

*Impulsividad*: síntoma primario del TDA-H que indica la tendencia a responder con rapidez y precipitación a los estímulos sin considerar las posibles alternativas. También se conoce como pobre control de impulsos.

*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H)*: trastorno cuya sintomatología fundamental consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad.

### 11. BIBLIOGRAFÍA

Aman, M.G. y Turbott, S.H. (1991). Prediction of clinical response in children taking methylphenidate. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 211-227.

- Barkley, R.A. (1982). Guidelines for defining hyperactivity in children: attention deficit disorder with hyperactivity. *En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (comps). Advances in clinical child psychology*. Pág. 137-175. New York. Plenum Press..
- Barkley, R.A. (1989). The problem of stimulus control and rule-governed behavior in attention-deficit disorder with hiperactividad. *En L.M. Bloomingdale, y J. Swanson (eds). Attention deficit disorder*. New York: Pergamon Press.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press: New York.
- Bender, W.N y Mathes, M.Y. (1995). Students with ADHD in the inclusive classroom: a hierarchical approach to strategy selection. *Intervention in School and clinic*, vol 30, 4, 226-234.
- Bloomingdale, L.M. y Swanson, J. (1989). *Attention Deficit Disorder*. Pergamon Press: Oxford
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1991). La atención: análisis e implicaciones clínicas. *Med.Clin.*, 94, 672-676.
- Clements, S.D.(1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children. Terminology and Identification*. (USPHS Publication nº 1415) Washington. U.S. Government Printing Office.
- Douglas, V. (1972). Stop, Look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-282.
- DuPaul, G.J. y Stoner, G. (1994). ADHD in the Schools. Assesment and intervention strategies. Guilford Press: New York.
- Elia, J., Borchending, B.G., Rapoport, J.L. y Keysor, C.S. (1990). Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders? *Psychiatry Research*, 35, 141-155.
- Evans, R.W., Gualteri, C.T. y Hicks, R.E. (1986) A neuropathic substrate for stimulant drug effects in hyperactivity children. *Clinical Neuropharmacology*, 9, 264-281.
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive?*. New York, Random House
- Goldstein, S. y Goldstein, M. (1987). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. A teacher's guide*. Neurology Learning and Behavior Center.
- Goldstein, S. y Goldstein, M. (1990). *Managing Attention Disorders in Children*. John Wiley and sons. New York.
- Hinshaw, S.P. (1994). *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*. Sage Publications: London.
- Hinshaw, S.P., Heller, T. y McHale, J.P. (1992). Covert antisocial behavior in boys with attention-deficit hyperactivity disorder: external validation and effects of methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 274-281.
- Klorman, R., Brumaghim, J.T., Salzman, L.F., Strauss, A.D., McBrid, M. y Loeb, S. (1990). Effects of methylphenidate on processing negativities in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychophysiology*, 27, 238-337.
- Meichembaum, D. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to

themselves: a mean of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.

- Miranda, A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Promolibro. Valencia.
- Miranda, A., Presentación, M.J. y Salvador, M. (1996). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *En A. Sanchez Palomino y J.A. Torres González (coord.)*. Pirámide. Madrid.
- Polaino-Lorente, A. y Cabanyes, J. (1995a). Problemas diagnósticos y perfil clínico de la hiperactividad infantil. *Psiquiatría*, vol VII, 4, 9-22.
- Polaino-Lorente, A. y Cabanyes, J. (1995b). Tratamiento farmacológico de la hiperactividad infantil. *Psiquiatría*, vol VII, 4, 45-48.
- Taylor, E.A. (1989). *El niño hiperactivo*. Martínez Roca. Barcelona.

## 12. ANEXOS

### ANEXO 1. LA HISTORIA DE LA TÉCNICA DE LA TORTUGA (I) (tomado de Schnelder y Robin, 1992).

"Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 6 (7,8...) años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al cole, prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... era demasiado difícil y pesado hacer las fichas y copiar de la pizarra, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas cosas que el profesor contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos, gastarles bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro.

Casa día en el camino hacia el colegio se decía a sí misma que lo haría lo mejor posible para no meterse en líos. Pero a pesar de esto, era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada o se peleaba o le castigaban. "Siempre metida en líos" pensaba "como esto siga así voy a odiar al colegio y a todos" y la Tortuga lo pasaba muy, pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era una vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vozcita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla: "¡Oye! ¡Aquí!" dijo con su potente voz. "Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta que la solución a tus problemas la llevas encima de tí?". La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. "Tu caparazón", "tu caparazón" le gritaba "¿para qué llenes tu concha? tu te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadada. Así, la próxima vez que te enfades ¡métele en tu concha!. A la pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto en la escuela.

Al día siguiente ya lo puso en práctica. De repente un niño que estaba cerca de ella accidentalmente le dio un golpe en la espalda. Empezó a sentirse enfadada y estuvo a punto de perder sus nervios y devolverle el golpe, cuando, de pronto recordó lo que la vieja tortuga le había dicho. Se sujetó los brazos, piernas y cabeza, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado. Le gustó mucho lo bien que estaba en su concha donde nadie la podía molestar. Lo utilizaba siempre que alguien o algo le molestaba, y también cuando ella quería pegar o discutir con alguien. Cuando logró actuar de esta forma tan diferente, se sintió muy contenta en clase, todo el mundo le admiraba y querían saber cuál era su mágico secreto."